

Die Kostenbeteiligung
in der
sozialen Krankenversicherung

Inauguraldissertation zur Erlangung des
Doktorgrades der wirtschafts- und sozial-
wissenschaftlichen Fakultät der Johann-
Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt/M.

vorgelegt von

Dipl.-Volkswirt Kurt S e n f f
aus Münster(Westfalen)

1958



1. Gutachter: Prof. Achinger

2. Gutachter: Prof. Wehrle

Tag der mündl. Prüfung: 11., 13. 11.1957

Tag der Promotion: 13. 11.1957

Inhaltsverzeichnis

Seite

Literaturverzeichnis

5 - 15

I. Einleitung	16 - 19
II. Die Formen der Kostenbeteiligung	19 - 60
A. Allgemeines	19
B. Die quantitative Kostenbeteiligung	20 - 54
1. Überblick	20
2. An Sachleistungen	21 - 27
Gebühren	21 - 24
Prozentual	24 - 28
Feste Beträge	28 - 31
Differenzierung der Selbstbeteiligung	32 - 39
3. An Barleistungen	39 - 54
Allgemeines	39 - 42
Formen und Besonderheiten	42 - 51
Differenzierung	51 - 54
C. Die Formen der Selbstbeteiligung in zeitlicher und qualitativer Hinsicht	54 - 63
1. "Zeitliche" Selbstbeteiligung	54 - 62
2. "Qualitative" Selbstbeteiligung	62 - 63
III. Die Kostenbeteiligung und das Verhältnis Ärzte-Kassen-Versicherte	63 - 89
A. Überblick über die Spannungen im Verhältnis Ärzte-Kassen und die Forderungen beider Seiten	63 - 65
B. Arten der Selbstbeteiligung in ihrer Beziehung zur Stellung der Ärzte im System der sozialen Sicherheit	65 - 66
C. Die Entscheidung der Ärzte über Sachleistungen, die nicht in ihrer eigenen Tätigkeit bestehen	66 - 78
D. Die Entscheidung der Ärzte über Sachleistungen, die in Beziehung zu ihrer eigenen Einkommensbildung stehen	78 - 89
IV. Die Kostenbeteiligung und die Krankenkassen	90 - 124
A. Abgrenzung der Problemstellung	90 - 92

	<u>Seite</u>
B. Die Kostenbeteiligung als Mittel zur Finanzierung bzw. finanziellen Entlastung der Kassen	92 - 105
Allgemeines	92 - 97
Selbstbeteiligung als Finanzierungs- mittel	97 - 99
Preisbewegungen und Kostenbeteiligung	99 - 101
Die Wirkung der Selbstbeteiligung auf die Inanspruchnahme der Kassen	101 - 105
Parallelität von Einnahme- und Aus- gabenentwicklung und die Selbstbe- teiligung	105 - 109
Motive der Kostenbeteiligung vom Kas- senstandpunkt. Anteil der Kostenbetei- ligung am Aufkommen der Krankenversi- cherung	109 - 114
C. Die verwaltungsmäßig-technische Durchführung der Kostenbeteiligung	114 - 125
Technik der quantitativen Selbst- beteiligung	115 - 125
V. Die Kostenbeteiligung und die Stellung der Versicherten in der sozialen Krankenversicherung	125 - 164
A. Allgemeines	120 - 131
B. Bedeutung der Selbstbeteiligung im Rahmen der individuellen Vorsorge	131 - 142
C. Die Freiheit der Entscheidung über Leistungsstruktur und Kostenbeteiligung	142 - 155
Die erweiterte Krankenversicherung der Schweiz	147 - 155
D. Die mögliche Höhe der Belastung der Ver- sicherten durch eine Kostenbeteiligung	155 - 158
E. Die Ausnahme der Bagatellfälle aus der Leistungspflicht der Kassen	158 - 164
VI. Schlußbetrachtungen	
A - C: Die Entscheidung über die Selbstbe- teiligung als sozialpolitische Frage	165 - 169
D. Anhang: Einige Vorschläge zur Selbst- beteiligung	169 - 176

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

I. Zeitschriften

1. "Ärztliche Mitteilungen" nebst Anzeiger.
Hrsg. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmann-Bund),
Leipzig, Jg. 1930.
2. "Ärztliche Mitteilungen",
Hrsg. Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern,
Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der kassenärztlichen
Vereinigung, Giessen, Jg. 1950, 1953.
3. "Apothekerzeitung",
Zeitschrift des deutschen Apothekervereins,
Hrsg. Deutscher Apothekerverein, Berlin, Jg. 1930.
4. "Association Internationale de la Mutualité",
Mitteilungsblatt der A.I.M., Paris-Genf, Jg. 1954.
5. "Betriebskrankenkasse",
Zeitschrift des Verbandes zur Wahrung der Interessen der
deutschen Betriebskrankenkassen, Essen, Jg. 1930, 1954.
6. "Berliner Ärzteblatt" (Rotes Blatt),
Sonderausgabe aus Anlaß des 2. deutschen Kongresses für
ärztliche Fortbildung, Berlin, 26. bis 31.5.1953, Ausgabe B,
Berlin, Jg. 1953/H. 10.
7. "Bulletin der internationalen Vereinigung für soziale
Sicherheit", Hrsg. IVSS, Generalsekretariat Genf, Deutsche
Ausgabe besorgt vom Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger, Jg. 1950-54.
8. "Deutsche Krankenkasse",
Zeitschrift des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen e.V.,
Berlin, Jg. 1926, 1930, 1931.
9. "Deutsche medizinische Wochenschrift",
Verlag Gg. Thieme, Leipzig, Jg. 1928, 1930.
10. "Deutsche Versicherungszeitschrift", Berlin-Bielefeld-
München, Jg. 1951 ff. (Jg. 1947-1950 siehe: "Versicherungs-
wissenschaft, Versicherungspraxis, Versicherungsmedizin").
11. "Die Ersatzkasse",
Hrsg. Verband der Angestelltenkrankenkassen, Berlin,
Jg. 1949-54.
12. "KVA-Nachrichtenblatt",
Hrsg. Krankenversicherungsanstalt, Berlin, Jg. 1954.
13. "Meine DAK",
Zeitschrift der deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK),
Hamburg, Jg. 1954.

14. "Die Ortskrankenkasse",
Hrsg. Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände,
Bad Godesberg, Jg. 1950-1955.
15. "Pharmazeutische Zeitung"
Zentralorgan für die gewerblichen und wissenschaftlichen
Angelegenheiten des Apothekerstandes, Berlin, Jg. 1930.
16. "Die Reichsversicherung",
Hrsg. A. Grieser, Dr. Aurin, Eckert. Berlin, Jg. 1928.
17. "Sozialer Fortschritt",
Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, Hrsg. Gesell-
schaft für sozialen Fortschritt e.V., Berlin und München,
Jg. 1952-54.
18. "Soziale Sicherheit", Zeitschrift für Sozialpolitik, Köln,
Jg. 1952-54.
19. "Die Sozialversicherung",
Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten-
und Unfallversicherung, Mannheim, Jg. 1946-54.
20. "Versicherungswissenschaft, Versicherungspraxis, Versiche-
rungsmedizin", Jg. 1950. (Ab 1951 siehe: Deutsche Versiche-
rungszeitschrift.)

II. Bücher und Zeitschriftenartikel

a) Abkürzungen:

Ärztl. Mitt.: Ärztliche Mitteilungen.
A.I.M. : "Association Internationale de la Mutualité".
Berl. Ärzteblatt: Berliner Ärzteblatt (Rotes Blatt).
BKK, Betr.KK. : Betriebskrankenkasse.
Bulletin IVSS : Bulletin der internationalen Vereinigung
für soziale Sicherheit.
Dt. med. Wochenschr.: Deutsche medizinische Wochenschrift.
Dt. VersZ. : Deutsche Versicherungszeitschrift.
ErsK. : Ersatzkasse.
OKK. : Die Ortskrankenkasse.
Pharm. Zeitung: Pharmazeutische Zeitung.
VersWPM : Versicherungswissenschaft, Versicherungspraxis,
Versicherungsmedizin.

b) Verzeichnis

1. Achinger, H. "Soziale Sicherheit", Eine historisch-
soziologische Untersuchung neuer Hilfsmethoden,
Stuttgart 1953.
2. Achinger, H. "Zur Neuordnung der sozialen Hilfe",
Konzept für einen deutschen Sozialplan, Stuttgart 1954.

3. Adler, M. "Die Sozialversicherung in Russland", VersWPM, 1950, S. 132 ff.
4. "Ärztliche Versorgung in den Niederlanden", KVA-Nachrichtenblatt 1954, S. 76.
5. Albrecht, Gg., "Der Standort der Versicherungsreform in der deutschen Sozialpolitik", in: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O., S. 129.
6. Amstad, E. "Die erweiterte Krankenversicherung in der Schweiz", BKK 1954, S. 458.
7. Aubry, P. "Lage und Ziele der Mutualität in Frankreich und ihr Verhältnis zur sozialen Sicherheit", ErsK. 1953, S. 31.
8. Augustin, G. "Die Arztfrage in der deutschen und ausländischen sozialen Krankenversicherung", Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, XXXV. Band, 8. Heft, Berlin 1931.
9. "Beiträge zur Sozialversicherung", Festgabe für Joh. Krohn, Hrsg. von W.Rohrbeck, Berlin 1954.
10. Berger, H. "Krankenscheingebühr, Arzneikostenbeitrag oder Krankengeldstaffelung", Ärtzl. Mitt. 1930, S. 141.
11. "Bericht des Ausschusses zur Erörterung einiger grundsätzlicher Fragen einer Reform der sozialen Krankenversicherung", eingesetzt von der "Gesellschaft für sozialen Fortschritt", in: "Sozialer Fortschritt", a.a.O., 1953, H. 12, Beilage.
12. "Die Beteiligung der Mitglieder an den Heilungskosten bei der öffentlichen Krankenkasse Basel" (Stellungnahme der öffentl. Krankenkasse Basel), Ärtzl. Mitt. 1950, S. 191.
13. "Die Beziehungen der Träger der sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft", 11. Generalversammlung der IVSS, Paris, 7. bis 11.9.1953, Genf 1953. Insbesondere die Monographien von:
 - a) Französischer Hauptverband der Träger der sozialen Sicherheit.
 - b) Bund der französischen Ärzteverbände.
 - c) Landesverbände der Hilfsvereine Frankreichs.
 - d) Zentralverband der dänischen Krankenkassen.
 - e) Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände der Bundesrepublik Deutschland.
 - f) Ministerium für staatliche Versicherung, Großbritannien.
 - g) Landesverband der niederländischen Berufsverbände.
 - h) Schweizerische Krankenkasse "Helvetia".
 - i) Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA).
14. Biskup, G. "Das Sozialversicherungswesen in der Schweiz", VersWPM 1950, Heft 11.

15. Biskup, G. "Aufbau der französischen Krankenversicherung", ein Überblick nach amtlichen Unterlagen, VersWPM, 1950, Heft 8.
16. Biskup, G. "Die Kranken- und Mutterschaftsversicherung in Frankreich", in: "Die Sozialversicherung", 1955, Heft 8.
17. Biskup, G. "Grundsätzliche Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung", in: "Reform der gesetzlichen Krankenversicherung", a.a.O., S. 9 ff.
18. v.Borries "Die soziale Krankenversicherung in Dänemark", in: "Meine DAK", 1954, S. 17.
19. Bosch, W. "Patient-Arzt-Kasse", eine wirtschaftliche Betrachtung über Krankheit und Gesundheit, Heidelberg 1954.
20. Buscher, H. "Die Sozialversicherungen der Benelux-Länder, VersWPM 1950, S. 343.
21. Buscher, H. "Die Sozialversicherung in den skandinavischen Ländern", VersWPM, 1950, S. 93.
22. Buscher, H. "Vergleichende Studien zur Krankenversicherung der Welt", VersWPM. 1950, Heft 7.
23. Cibrice, P. "Die Sozialversicherung in Frankreich, eine Betrachtung vom Standpunkt des Arztes". Berl. Ärzteblatt, 1953, Heft 10.
24. Colling, E. "27 Jahre vertragsloser Zustand. Sozialversicherung und Ärzteschaft in Luxemburg". Berl. Ärzteblatt, 1953, Heft 10.
25. Datin, J. "Die Hauptprobleme der Krankenversicherung in Frankreich im Rahmen der sozialen Sicherheit". ErsK. 1950, S. 141.
26. Degas, M. "Die Organisation des ärztlichen Dienstes in der Sozialversicherung (Frankreich)", in: Korkisch, "Die Arztfrage....", a.a.O.
27. "De kleine Gids" voor de Nederlandse sociale Verzekering, Uitgave van de Vereeniging van Raden van Arbeid, 1953.
28. Diehl, Karl, "Die Frage der freien Arztwahl in der Krankenversicherung", in: Zur Reform der Krankenversicherung, a.a.O.
29. Doublet, J. "Die Stellung des Arztes im französischen System der sozialen Sicherheit". Ärztl. Mitt. 1953, S. 145.
30. Durand, P. "La politique contemporaine de la sécurité sociale", Paris (Librairie Dalloz) 1953.

31. Eichelsbacher-Aichberger, "RVO-Textausgabe mit Anmerkungen, Anhang und Sachverzeichnis", Verlag C.H. Beck, München-Berlin.
32. Einsele, H. "Wirtschaftliche Arzneiverordnung, der Reichsvertrag über den Regelbetrag, Erstattungsansprüche und ihre Durchführung", Berl. Ärzteblatt, 1953, Heft 10.
33. Finkenrath, K. "Rationalisierung der Krankenversicherung vom Standpunkt der Krankenkassen", Dt. med. Wochenschrift 1928, S. 1893.
34. Finkenrath, K. "Gesundheits- und Krankenfürsorge", Reformpläne in der deutschen Krankenversicherung, Dt.med. Wochenschrift 1928, S. 1344.
35. Finkenrath, K. "Die Kassenarztfrage im In- und Ausland". Vergleichende kritische Betrachtung der gesetzlichen Regelung der ärztlichen Versorgung in der Krankenversicherung und der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten in den verschiedenen Ländern. München 1927.
36. Flesch-Thebesius, M. "Die englische Sozialversicherung" Eindrücke von einer Englandreise. VersWPM 1950, S.160.
37. "Gegen die übermäßige Arzneiverschreibung - England hat die gleichen Probleme wie wir". OKK 1955, Heft 1/2.
38. Gerloff, W. "Die öffentliche Finanzwirtschaft", Teil I, 2. Aufl., Frankfurt/M. 1947.
39. Getting, A. "La sécurité sociale", Paris 1952.
40. Graf, Fr. "Der Arzneikostenanteil der Versicherten". Zur Denkschrift der Vereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände. PharmZ. 1930, S.446.
41. Guiton, J. "Die erste Bilanz der französischen Sozial-Versicherung". Europa-Archiv, Frankfurt/M., Jg. 1952, S. 5155.
42. Hadrich, J. "Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung". Ihre soziologischen und wirtschaftlichen Probleme. Berlin 1955.
43. Haedenkamp, K. "Die Neuordnung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen als Teilproblem der Reform der deutschen Krankenversicherung", in: Beiträge zur Sozialversicherung, a.a.O., S. 91.
44. Haedenkamp, K. "Die Stellung des Kassenarztes nach dem Umbau der Krankenversicherung". Dt. med. Wochenschrift 1930, S. 1359.
45. Hänggi, E. "Die Kostenbeteiligung in der Krankenpflegeversicherung, schweizerische Erfahrungen". ErsK. 1952, S. 255.

46. Hänggi, E. "Probleme einer gesetzlichen Neuordnung der Krankenversicherung in der Schweiz". OKK 1953, S. 535.
47. Hänggi, E. "Die Sozialpolitik in der Schweiz, die Sozialversicherung in der Schweiz, die soziale Krankenversicherung in der Schweiz". A.I.M. 1954, Heft 8.
48. Hänggi, E. und F. von Schroeder, "Die erweiterte Krankenversicherung", Schweiz. Krankenkassenkalender, a.a.O., 1954, S. 84.
49. "Handbuch der sozialen Arbeit der Schweiz", Band I (Textband), Band II (Nachschlageband), von E. Steiger, Hrsg. von der Schweizerischen gemeinnützigen Gesellschaft, Zürich.
50. Hansen, H.K. "Soziale Sicherung in Dänemark", in: Ausländische Sozialprobleme, Hrsg. Deutscher Landesausschuß der internationalen Konferenz für Sozialarbeit, Frankfurt/M., 1954/6.
51. Heyer, F. "Die britische Krankenversicherung" in: Zur Reform der Krankenversicherung, a.a.O., S. 73.
52. Hoeffner, J. "Soziale Sicherheit und Eigenverantwortung", der personale Faktor in der Sozialpolitik, Paderborn 1953.
53. Hübner, O. "Dänemarks soziale Krankenhausgesetzgebung", ErsK. 1952, S. 88.
54. Hünerwadel, "Die Krankenversicherung in der Schweiz gemäß Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13.6.1911 (KUVG)", ErsK. 1950, S. 117.
55. "In Frankreich erhalten die Krankenversicherten nur 80% der Kosten der Arzneien ersetzt". Soz. Sicherheit, 1952, Heft 1.
56. Jahn, K. "Die deutsche Sozialversicherung", Wiesbaden, o.J.
57. Jensen, O. "Dänisches Fürsorgewesen", Handbücher der dänischen Gesellschaft, Kopenhagen, o.J.
58. Koch, "Die Sozialversicherung in Schweden", VersWPM, 1950, S. 97.
59. Koch, Dr. "Überfüllung des Arztberufs ?" Ärztl. Mitt. 1953, S. 154.
60. Korkisch, H. "Die Arztfrage in der Sozialversicherung der einzelnen Staaten", Abhandlungen mehrerer Autoren, gesammelt von H. Korkisch (Hrsg.), Prag 1926.

61. Korschinek, A. "Die organisiert: freie Arztwahl in Österreich", in: Korkisch, a.a.O., S. 70
62. "Krankenkassentag": Reden und Diskussionsauszüge vom deutschen Krankenkassentag 1955 in Hannover, insbesondere:
 - a) Hartmann, H. "Aktuelle Fragen der Krankenversicherung einschl. der Neuordnung der sozialen Leistungen" (Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände - VOV).
 - b) Berckhoff, H.O. "Die Krankenversicherung der Rentner" (VOV).
 - c) Strakeljahn, W. "Sicherstellung der Sachleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung" (VOV).
 - d) Diskussionsbeiträge von:
Fr. Lepinsky, Deutscher Gewerkschaftsbund
Dr. Oberwinster, Bundesvereinigung der Arbeitgeber
Dr. Jantz, BMA, Dr. Ladeburg, BMA.
63. "Die Krankenversicherung in internationaler Betrachtung", OKK 1955, Heft 1/2.
64. "Krankenversicherung der Rentner, Beschlüsse des Bundestags zur Neuordnung der ..". ERSK. 1953, S.73.
65. Lacroix, P. "Ärztenschaft und Sozialversicherung in Frankreich", in: Korkisch, a.a.O., S. 128.
66. Lehmann, H. "Die Kassenarztfrage in Deutschland", in: Korkisch, a.a.O., S. 13.
67. Leuch jun., O. "Ärzte und Krankenkassen" (Schweiz), in: Korkisch, a.a.O., S. 140.
68. Lienden, C.J. van, "Das niederländische Krankenkassenwesen", BKK 1954, S. 153.
69. Mackenroth, G. "Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan", in: Schriften des Vereins für Sozialpolitik, N.F., Band 4, 1952, S. 38.
70. Meimberg, R. "Probleme des Richtigen im Gesellschaftsleben", Berlin 1952.
71. "Medikamentenmißbrauch gefährdet die soziale Sicherheit", KVA-Nachrichtenblatt 1954, S. 80.
72. Michel, Cl. "Die Versicherung gegen langdauernde Krankheiten im französischen System der sozialen Sicherheit". Bulletin IVSS, 1954, S. 111.
73. Moreau, P. "Der soziale Schutz in der Landwirtschaft Frankreichs", Bulletin IVSS, 1954, S. 271.

74. Nell-Breuning, O. von, "Einzelmensch und Gesellschaft", Heidelberg 1950.
75. "Neuordnung der sozialen Leistungen", Gutachten der Professoren Achinger, Hoeffner, Muthesius, Neundörfer, Köln 1955.
76. "Notverordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände" vom 27.7.1930, RGBl. 1930 I, Nr. 31, S. 311.
77. "Notverordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen" vom 1.12.1930, RGBl. 1930, I. Kap. II, S. 520 und 521.
78. "Die Notverordnungen und ihre Auswirkungen", in: Deutsche Krankenkasse, 1931, S. 12.
79. Oeter, F. "Die soziale Krankenversicherung am Scheidewege", Bundesarbeitsblatt 1950, S. 185.
80. Oeter, F. "Die Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung", ErsK.1953, S. 35.
81. Ostermann und Jaeger, "Die soziale Krankenversicherung in den europäischen Ländern", Ärztl. Mitt.1950, S.176.
82. Perraud-Charmantier und L. de Riedmatten, "Lois sociales, Sécurité sociale". Droits et obligations des employeurs et des travailleurs, Code du Travail etc. - 4. Aufl., Paris 1952.
83. Persson, K. "Die schwedische Krankenversicherung", ErsK. 1950, Heft 10.
84. Petrilli, G. "Vergleichende Übersicht über Europa, Asien und Ozeanien", in: Die Beziehungen der Träger der sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft, a.a.O.
85. Petrilli, G. und Ulloa, M. "Kommentare zum Entwurf der Schlußfolgerungen in der vom Sachverständigenausschuß über die Beziehungen der Träger der sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft angenommenen Form", in: Die Beziehungen der Träger der sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft, a.a.O.
86. Piehler, R. "Die Krankenscheinausgabe als Mittel der Ausgabenlenkung", ErsK. 1949, S. 65.
87. Prange, Dr. "Gedanken zur Reform der sozialen Krankenversicherung", Deutsche VersZ. 1952, Heft 10.
88. "Probleme der Sozialreform in England und Deutschland", OKK 1954, Heft 2/3.

89. "Rapport sur la réforme de la sécurité sociale", présenté à Monsieur le Ministre du travail et de la prévoyance sociale, Commissaires d'état à la sécurité sociale. - Bruxelles 1951.
90. "Reform der gesetzlichen Krankenversicherung", Hrsg. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Berlin-Bielefeld-München 1953.
91. Rohrbeck, W. "Die Krankenversicherung in der Schweiz", Dt. VersZ. 1953, Heft 1.
92. Rohrbeck, W. "Die Entwicklung der sozialen Sicherheit in England von 1948 - 1953", in: Beiträge zur Sozialversicherung, a.a.O., S.237.
93. Rohrbeck, W. "Studienbericht über den englischen Gesundheitsdienst", in: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O.
94. "RVO-Handkommentar", von Krohn/Zschimmer/Knoll/Sauerborn, Berlin 1931.
95. Saxer, A. "Der Selbstbehalt der Versicherten in der schweizerischen Krankenversicherung", Dt. VersZ. 1951/4.
96. Servais, J. "Kranken- und Unfallversicherung in Dänemark", Dt. VersZ. 1955, Heft 4.
97. Sievers, F. "Die Sozialversicherung", Köln 1953.
98. "Sécurité sociale en France", La documentation française illustré, éditée par la direction de la documentation, secrétariat général du gouvernement, Paris o.J.
99. "Sozial- und Privatversicherung" (volkswirtschaftlich gesehen). Hrsg. W. Rohrbeck, Schriftenreihe des Instituts für Versicherungswissenschaft an der Universität Köln, N.F., Heft 4.
100. "Social Sweden", published by the social welfare board, Stockholm 1952.
101. "Die soziale Gesetzgebung Dänemarks" 1891 - 1941, Hrsg. Socialt Tidsskrift, Kopenhagen 1941.
102. "Soziale Sicherung in England". Eine deutsch-englische Konferenz in London. Von H.Lünendonk (und Preller).
103. "Die Sozialversicherung in den Niederlanden", mitgeteilt von der niederländischen Reichsversicherungsbank, Bulletin IVSS 1950, Heft 10 - 11.

104. Sperling, "Der Kassenarzt in Basel", ein Beispiel für die Krankenversicherung der Schweiz, Arztl. Mitt. 1950, S. 125.
105. Spielhagen, W. "Zur Reform der Krankenversicherung", in: Zur Reform der Krankenversicherung, a.a.O. (Hadrich), S. 71.
106. "Statistik der Ortskrankenkassen des Bundesgebiets 1953", Hrsg. Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, Bad Godesberg.
107. Stolt, E. "Versicherungspraxis und Reform", in: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O., S. 83.
108. Stolt, E. "Die Ersatzkassen der Krankenversicherung", Geschichte, Gestalt, Recht, 4. Aufl., Bad Godesberg 1954 (Heft 12 der Reihe "Fortbildung und Praxis" der Zeitschrift "Wege zur Sozialversicherung").
109. Stritzko, J. "Die Ärzte Österreichs und die Sozialversicherung", ein Beitrag zur Geschichte des ärztlichen Wirtschaftslebens, in: Korkisch, a.a.O., S. 109.
110. Scherf, M. "Soziales Krankengeld", Deutsche Krankenkasse 1926, S. 944.
111. Schoenlank, L. "Das Versicherungsprinzip und das Fürsorgeprinzip in der deutschen Sozialversicherung", Berlin 1933 (Volkswirtschaftliche Studien Nr. 33, Verlag Dr. Ebering).
112. Schieckel, H. "Material zu den Gegenwartsproblemen der Sozialversicherung" (Ergänzungsband), München 1948.
113. Schnorr, G. "Das System der Sozialversicherung in der Ostzone", in: "Wirtschaftsdienst", 1952.
114. Schulz-Hösbach, O. "Krankenscheingebühr und Arzneikostenanteil", PharmZ. 1930, S. 827.
115. Schuster, G. "Pharmazeutische Industrie und Krankenversicherung", ErsK. 1953, S. 281.
116. "Schweizerischer Krankenkassenkalender", Taschennotizbuch für die Vorstandsmitglieder schweizerischer Krankenkassen, Bern 1948 und 1954.
117. "Schweizerische Sozialgesetzgebung" (1951), Zürich 1952.
118. "Schweizerische Krankenkassen und Tuberkuloseversicherungsträger" (1944 - 1948), Statistische Quellenwerke der Schweiz, Heft 235, Hrsg. Eidgen. Statistisches Amt, Bern 1951.

119. Trippel, M. "Funktion und Grenzen der Sozialversicherung als Maßnahme der Sozialpolitik". Veröffentlichungen der Handelshochschule St. Gallen. Zürich und St. Gallen 1955.
120. Trode, E. "Praktische Auswirkungen der Beteiligung der Versicherten an den Kosten für Arznei und Krankenscheine", in: Die Reichsversicherung 1928, S. 10.
121. Trode, E. "Grundriß der Sozialversicherung", 2. Aufl., Berlin 1950.
122. Tromp, M. "Entwicklung und Ausbau der Tuberkuloseversicherung", in: Schweizerischer Krankenkassenkalender 1948, a.a.O.
123. "Umsatzrückgang als Folge der Auswirkungen der Kostenbeteiligung auf den Krankenkassenumsatz der Apotheken", BetrKK. 1930, S. 267.
124. "Vertrag vom 21.8.1930 zwischen den Spitzenverbänden der Apotheker und Krankenkassen zur Durchführung des § 182 a RVO, Hauptinhalt." BetrKK. 1930, S. 199.
125. "Verwaltungstechnische Probleme der Träger der sozialen Sicherheit" (10. Generalversammlung der IVSS). Genf 1951.
126. Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, "Zusammenstellung von Artikeln und Stellungnahmen zur "Selbstbeteiligung der Versicherten an den Arzt- und Arzneikosten". Bad Godesberg 1953 (Nicht im Druck).
127. "Volksgesundheit und Notverordnung", BetrKK 1930, S. 273.
128. "Volkswirtschaft, Arbeitsrecht und Sozialversicherung der Schweiz". Hrsg. Eidgen. Volkswirtschaftsdepartement, Einsiedeln 1925.
129. Weber, Ch.H. "Einige Betrachtungen über die schweizerischen Krankenkassen", in: Korkisch, a.a.O., S. 151.
130. Winner, A. "Der staatliche Gesundheitsdienst in der Schau des Engländers", Dt. VersZ. 1953, S. 38.
131. "Zum Problem der Realisierbarkeit der Vorschläge der Rothenfelder Denkschrift über "Die Neuordnung der sozialen Leistungen", (Professoren Rohrbeck, Roehrbein, Meyrich), Berlin 1955.
132. "Zur Reform der Krankenversicherung". Aufsätze verschiedener Autoren, gesammelt und herausgegeben von J. Hadrich, Leipzig 1928.
133. Zwiedineck-Südenhorst, O. von, "Rationalismus und Sozialpolitik im kassenärztlichen Dienste", einige Anmerkungen zu den Kassenarztverhältnissen, in: Zur Reform der Krankenversicherung (Hadrich), S. 24.

I. Einleitung

A. Die Fragen einer Neugestaltung der deutschen sozialen Krankenversicherung, darunter auch die der Kostenbeteiligung, sind, wenigstens in der öffentlichen Diskussion, zur Zeit von anderen Reformbestrebungen, vor allem der Rentenreform, etwas in den Hintergrund gedrängt worden. Auch hat sich gezeigt, daß die gesetzgebenden Institutionen zu einer Ausdehnung der Kostenbeteiligung über das bisherige Maß hinaus nicht sehr positiv eingestellt sind, so vor allem in den Änderungen, die der sozialpolitische Ausschuß des Bundestages am 22.2.1956 an dem Regierungsentwurf zur Neuordnung der Rentnerkrankenversicherung vorgenommen hat, der die Selbstbeteiligung auch für alle anderen Versicherten neu regeln sollte: vorgesehen war eine Kostenbeteiligung in Form einer Krankenscheingebühr (- .50 DM) und eines Anteils an den Arzneikosten (je Verordnung bis zum Wert von DM 5.-- eine Selbstbeteiligung von DM -.50, für jede weitere angefangene Mark DM -.10, höchstens jedoch DM 3.--). Rentner sollten die Hälfte dieser Sätze zahlen, zudem einen Anteil an den Krankenhauskosten (vom 11. Tage an in bescheidenem Umfang, höchstens bis zu 40% der Rente).¹⁾ - Diese Bestimmungen hat der Ausschuß gestrichen, während andererseits die aus der Einbeziehung der Rentnerkrankenversicherung in die RVO und damit der Gleichstellung der Rentner mit den übrigen Versicherten (in Hinsicht auf die Leistungen) sich ergebenden Mehrlasten für die Kassen beibehalten wurden.²⁾ - Daher wird im Folgenden zunächst versucht, einiges Material aus den Erfahrungen mit der Kostenbeteiligung in Deutschland und in anderen Ländern zusammenzutragen und die zahlreichen möglichen Formen der Kostenbeteiligung und ihre Bedeutung in der sozialen Krankenversicherung darzustellen, bevor auf die gegenwärtige Argumentation für und wider die Kostenbeteiligung und auf eine Reihe von Vorschlägen und Plänen hierzu eingegangen wird.

B. Selbstbeteiligung oder Kostenbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung i. S. dieser Arbeit ist der Teil der mit einer

1) Prange, "Die gesetzliche Neuordnung der Rentnerkrankenversicherung", in: "Arbeit und Sozialpolitik", 1955, Heft 1. -

2) K. Werdin, in: "Soziale Sicherheit", a.a.O., 1956, Heft 3. - Der Ausschuß hat die Fragen der Kostenbeteiligung auf die spätere Gesamtreform der Krankenversicherung verschoben. (Siehe Bundestagsdrucksache Nr. 2256, Anlage 2.)

Krankheit verbundenen wirtschaftlichen Belastung, der nicht von der sozialen Krankenversicherung übernommen bzw. ausgeglichen wird, sondern vom Versicherten selbst zu tragen ist¹⁾. Üblicherweise teilt man die wirtschaftliche Gesamtlast der Erkrankung auf in

- a) die Krankenpflegekosten, d.h. die Ausgaben für ärztliche Behandlung, Arzneien, Anstaltspflege u.a.m., die durch die Sachleistungen der Krankenversicherung gedeckt werden,
- b) den Einkommensausfall bei unselbständig Tätigen, den Arbeitnehmern (Barleistungen).

Seit einiger Zeit erlangen in der sozialen Krankenversicherung Leistungen eine immer größere Bedeutung, die sich mit dem Schutz des Interesses des einzelnen nur noch teilweise erklären lassen, z.B. die Leistungen im Rahmen von "Rehabilitations"-Verfahren. Statt dem Versicherten den entstandenen wirtschaftlichen Ausfall zu ersetzen bzw. ihm bestimmte im Krankheitsfall nötige Aufwendungen zu ermöglichen, wendet man hier - etwa beim Versuch der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess - Beträge auf, die im Einzelfall weit über das hinausgehen können, was bei Beschränkung auf Krankheitskosten und Einkommensausfall zu zahlen wäre, zumal der Erfolg solcher Bemühungen nicht immer sicher ist²⁾.

Die Frage, ob eine Selbstbeteiligung an solchen Leistungen, bei denen das Interesse des Gemeinwesens so stark in den Vordergrund gerückt ist, noch möglich oder billig ist, wird in dieser Arbeit nicht erörtert. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Frage der Beteiligung an den herkömmlichen Leistungen. - Die partielle Risikodeckung findet sich vor allem in folgenden drei Formen:

1. Das gesamte mit Krankheit verbundene wirtschaftliche Risiko wird nach qualitativen Gesichtspunkten unterteilt, in solche Leistungsarten, Krankheiten, wirtschaftliche (Einkommens-) Ausfälle, die von der Versicherung gedeckt werden und solche, bei denen dies nicht der Fall ist.
2. Dasselbe geschieht auf "quantitative" Weise, indem die Kostenhöhe, die die Kasse trägt, für bestimmte Leistungen oder für alle Leistungen in dieser oder jener Weise begrenzt ist. (Absolut, relativ etc.)

1) Eine Deckung in der Privatversicherung ist damit natürlich nicht ausgeschlossen. -

2) Diese Leistungen werden auch häufig durch besondere, von den Krankenkassen getrennte Institutionen gewährt.

3. Die Dauer der Leistungen ist für einzelne oder alle kassenleistungen beschränkt, d.h. nach einer gewissen Zeit werden die Leistungen eingestellt, wobei sich manchmal noch eine Kombination z.B. mit 2) findet derart, daß nach einer Frist der Wert der Kassenleistungen vermindert wird (siehe unten).
4. Schließlich gibt es sog. "bedingte" Leistungen, d.h. die Voll- oder Teilleistung der Kasse ist an bestimmte Bedingungen geknüpft. Als Beispiele seien die "Kann"- oder Ermessensleistungen der deutschen Krankenversicherung (im Gegensatz zu den gesetzlichen oder satzungsmäßigen Pflichtleistungen) oder die an bestimmte, nicht in Zahlung von Geld bestehende Bedingungen geknüpften Leistungen erwähnt, z.B. die Abhängigkeit der Krankengeldzahlung von einer vertrauensärztlichen Untersuchung u.a.m.¹⁾

C. Der dieser Arbeit zugrundegelegte Begriff der Kostenbeteiligung ist also weiter als das, was in der Diskussion um die Kostenbeteiligung in der Krankenversicherungsreform im allgemeinen darunter verstanden wird. Dort wird meist nur die Beteiligung der Versicherten an bestimmten Leistungen gefordert, die mit ihrer Hauptlast jedoch von der Kasse getragen werden, also die eben als "quantitative" Selbstbeteiligung bezeichnete Form. Der weitere Begriff hat jedoch den Vorteil, daß er erstens erlaubt, einige gemeinsame Eigenschaften und Fragen, die allen drei Formen anhaften, zusammen zu behandeln, zweitens vor allem aber die Fragestellung in einen breiteren Zusammenhang zu rücken, so daß der Sozialpolitiker sich des Zusammenhangs, in dem die Entscheidung zu fällen ist, richtig bewußt werden kann: indem die besondere, dem Versicherungsprinzip an sich fremde Art der Belastung der Versicherten in allen ihren Formen zusammen betrachtet wird, ergibt sich die Frage, ob überhaupt eine Selbstbeteiligung eingeführt werden und wenn ja, wie das Gewicht auf die genannten drei Formen verteilt werden soll. Ist nicht, um nur ein Beispiel zu nennen, die Belastung der Versicherten mit einer Selbstbeteiligung bei kurzfristigen Erkrankungen einer rigorosen zeitlichen Beschränkung

1) Zur Behandlung dieser Fragen siehe unten S. 19 ff.

der Leistungen vorzuziehen, wenn die finanzielle Situation der Kassen unbeschränkt volle Leistungen nicht erlaubt ? - Diese und auch andere Fragen können natürlich nur unter Einbeziehung der jeweils gegebenen Umstände - System der Sozialversicherung, Bedarf der Versicherten, wirtschaftlicher, sozialer und medizinischer Zustand etc. entschieden werden. Diese Arbeit wird sich hingegen mehr mit der Beschreibung und Analyse der vielfältigen Formen, in denen die Selbstbeteiligung auftritt, befassen. Dabei stehen, entsprechend dem Charakter der Kostenbeteiligung als einer Methode zur Verteilung wirtschaftlicher Lasten, die wirtschaftlichen Probleme im Vordergrund; die juristischen Fragen vor allem, aber auch gesundheitspolitische und andere Fragen (z.B. Zusammenhang von Selbstbeteiligung und Erziehung der Versicherten zur "Selbstverantwortung") werden nur andeutungsweise behandelt.

II. Die Formen der Kostenbeteiligung

A. Die in der Einleitung genannten drei Hauptformen der Selbstbeteiligung sind in diesem Kapitel, vorwiegend an Hand empirischen Materials in der Fülle ihrer Realisationsmöglichkeiten aufzuzeigen; zugleich soll versucht werden, die Erfahrungen, die man mit der einen oder anderen, häufiger anzutreffenden Regelung gemacht hat, wiederzugeben.

Ein Punkt sei zur Abgrenzung kurz erwähnt: in dieser Arbeit wird die Selbstbeteiligung nur im eigentlichen Sinne, d.h. soweit ein Teil der wirtschaftlichen, mehr oder weniger exakt berechenbaren Last bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht übernommen wird, behandelt. Maßnahmen mit ähnlichem Erfolg, zum Teil absichtlich, zum Teil nur zur Lösung verwaltungstechnischer Probleme eingeführt, finden sich in finanziell nicht genau bestimmbarer Weise etwa in Form von Kontrollen, Vorlage bestimmter Papiere, persönlichem Erscheinen des Versicherten auf der Kasse u.a.m. Häufig sind diese Maßnahmen ebenfalls mit einer finanziellen Belastung verbunden, oder umgekehrt, erfordert die Durchführung einer Selbstbeteiligung im oben genannten Sinne einen solchen Aufwand von Zeit und Kraft. Diese Erscheinungen, z.B. daß man in der Großstadt Transportkosten und evtl. Lohnausfall hinnehmen muß, um auf der Kasse zu erscheinen, werden in dieser Arbeit nicht behandelt.

B. Die quantitative Kostenbeteiligung

1. Bei der quantitativen Selbstbeteiligung findet sich, im Verhältnis zu den beiden anderen Formen, der größte Formenreichtum; bei der qualitativen und zeitlichen Selbstbeteiligung stehen, wie unten noch auszuführen, andere Fragen im Vordergrund. - Die quantitative Kostenbeteiligung wird in der sozialen Krankenversicherung meist nur für einen Teil der Leistungen angewendet, so daß die Leistungsstrukturen stets eine Mischung der drei Hauptformen der Selbstbeteiligung aufweisen. Aber auch dort, wo fast alle Leistungsarten der Krankenpflege von der sozialen Krankenversicherung erfaßt werden und, wie etwa in Frankreich, eine generelle Kostenbeteiligung von 20% vorgesehen ist, gibt es noch eine Reihe von Ausnahmen mit 100%iger Erstattung¹⁾. Die Tatsache, daß es eine quantitative Selbstbeteiligung an a l l e n Leistungen der Krankenversicherung nicht gibt, besagt noch nichts über die Eignung dieser oder jener Form zu einer generellen, d.h. sich auf alle Leistungen erstreckenden oder zu einer nur partiellen Beteiligung; dies wird im folgenden noch zu prüfen sein.

Einen Überblick über die wichtigsten Formen der quantitativen Kostenbeteiligung gibt folgende Aufstellung:

Quantitative Selbstbeteiligung

1. An Sachleistungen²⁾:
 - a) Gebühren
Prozentuale Selbstbeteiligung
Fester bzw. Höchstbetrag für einzelne Leistungen
 - b) Schematisch-undifferenzierte Selbstbeteiligung
Differenzierte Selbstbeteiligung, d.h. unterschiedliche Form und Höhe bei einzelnen Leistungen
2. An Barleistungen²⁾:
 - a) Teilerstattung des Einkommensausfalls
(Prozentsatz des Einkommens)
Einheitlicher Betrag für alle Versicherten
 - b) Wie 1 b)

¹⁾Das Kriterium der "Vollständigkeit" der Leistungen ist problematisch: in der Einleitung wurde angedeutet, daß Art und Umfang der Leistungsgewährung heute nicht mehr nur unter dem Aspekt des individuell zu deckenden Schadensanfalls betrachtet werden. -

2) Siehe S. 21.

2. Die Kostenbeteiligung bei den Sachleistungen

a) Gebühren

Die Gebühren, d.s. einmal oder öfters anlässlich bestimmter Verwaltungsakte der Kasse oder bestimmter Vorgänge der Leistungsgewährung erhobene Beträge, die nicht in direkter Beziehung zum Wert der gewährten Leistung stehen, sind zu unterscheiden von der Selbstbeteiligung in Form fester Beträge (siehe unten), die für die Gewährung einzelner Leistungen berechnet werden und häufig auch in der Form der festen (Höchst- oder Mindest-)Beteiligung der Kasse am Wert der Leistungen vorkommen. - Gebühren finden sich etwa in der deutschen sozialen Krankenversicherung seit der Notverordnung vom 27.7.1930, nach welcher die Kassen seit September 1930 vor Beginn der Behandlung von den Versicherten eine Krankenscheingebühr von RM -.50 einzuhoben hatten, während der Arzneibezug mit einer gleichen Gebühr je Verordnungsblatt belastet war, jedoch im letzten Fall mit nicht mehr als den wirklichen Kosten der Verordnung. Nach dreimonatiger Durchführung wurde die Regelung durch die "1. Notverordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen" vom 1.12.1930 erheblich abgeschwächt und Befreiungen von der Gebühr eingeführt¹⁾. - Späterhin wurde die Gebühr auf RM -.25 ermäßigt²⁾, diese Regelung blieb bis zum Kriegsende bestehen. Durch die Verordnung vom 17.3.1945, die im wesentlichen nur noch im Bereich der britischen Zone Gültigkeit erlangte³⁾, trat eine unterschiedliche

1) Notverordnung vom 1.12.1930, a.a.O. -

2) Seit 1.1.1934 auf Grund der VO vom 28.12.1933 (RGBl. 1934, I, S. 17). -

3) VO zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts vom 17.3.1945, RGBl. 1945, I, S. 41. In Bayern Wegfall der Krankenscheingebühr mit VO Nr. 8 vom 28.8.1945, GVBl. 1946, S. 12. -

Fußnote 2) von Seite 20:

Unter Sachleistungen werden hier alle medizinischen, pharmazeutischen, pflegerischen etc. Leistungen verstanden, unabhängig davon, ob diese nun tatsächlich in natura gewährt werden oder ob eine Rückerstattung in bar erfolgt. Barleistungen sind dazu bestimmt, den Einkommensausfall zu kompensieren.

Regelung für eben diesen Bereich und das restliche Gebiet der heutigen Bundesrepublik ein: im Bereich der genannten Verordnung fiel die Krankenscheingebühr fort und die Verordnungsblattgebühr wurde dafür einheitlich auf RM -.50 (heute DM) erhöht, während sonst außer in Bayern die alte Regelung fortbesteht. -

Häufig findet sich auch eine Krankenscheingebühr bei schweizerischen anerkannten Krankenkassen. Sie beträgt in der Regelsfrs. 1.- bis 2.-; die Praxis des Bundesamts für Sozialversicherung geht dahin, daß in der Krankenpflegeversicherung für den erstmaligen Bezug des Krankenscheins sfrs. 2.-, für jede Erneuerung im Laufe der gleichen Erkrankung sfrs. 1.- verlangt werden dürfen. Wird die Gebühr höher angesetzt, so wird sie auf den (meist prozentualen) Selbstbehalt, der nach § 13,4 KUVG¹⁾ 25% der tatsächlichen Kosten nicht übersteigen darf, angerechnet²⁾. Beträgt die Gebühr im Einzelfall mehr als 25% der tatsächlichen Kosten, so ist sie entsprechend zu reduzieren.

Die Einführung solcher Gebühren ist relativ unproblematisch, obwohl sich seinerzeit in der deutschen Krankenversicherung ein heftiger Streit um Zulässigkeit und Auswirkungen der Gebühren entwickelte, auf den unten wegen einiger Einzelfragen noch einzugehen sein wird. Die Gebühr ist, wie gesagt, ein bei bestimmten Gelegenheiten zu entrichtender, fixer und undifferenzierter Betrag, so daß vor allem die Einhebung verwaltungstechnisch sehr einfach ist. Sie wird meist mit dem Motiv aufgelegt, gegen die ungehemmte Inanspruchnahme der Kassen wenigstens eine kleine Hemmung einzubauen, vor allem Bagatellfälle, deren Leistungswert oft nicht sehr hoch ist, die aber durch ihr häufiges Auftreten die Kassen erheblich belasten können, zu reduzieren. Nach Meinung Hänggi's²⁾ schließt sie Bagatellfälle wirksam aus. - Die wichtigste Einschränkung bei der Anwendung der Gebühr als Finanzierungsmittel besteht darin, daß sie, als einheitliche, schematische, von den Kosten und ihrer Höhe grundsätzlich unabhängige Belastung nicht sehr hoch fest-

1) "Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung" vom 13.6.1911. -

2) Hänggi (Pressereferent des Konkordats schweizerischer Krankenkassen), "Die Kostenbeteiligung ...", a.a.O.

gesetzt werden kann, da es einerseits dem Charakter einer Selbstbeteiligung widersprechen würde, wenn die Belastung höher als der Leistungswert wäre - das ist aber u.U. gegenüber Zweckmäßigkeitserwägungen nicht ausschlaggebend -, vor allem aber einer zu hohen Gebühr ungünstige Folgen zugeschrieben werden: Verschleppung schwerer Krankheiten bei ausgesprochen bedürftigen Leuten, oder psychologische Wirkungen: der Versicherte will etwas für seine Gebühr haben, den Krankenschein also dann ausnutzen¹⁾. Da eine ungestaffelte Gebühr nicht sehr hoch sein kann, ist man in der Schweiz vielfach der Meinung, daß "die Krankenscheingebühr als Beteiligung der Mitglieder an den Kosten nicht mehr ausreicht", daher eine Verbindung mit anderen Formen der Kostenbeteiligung meist anzutreffen ist²⁾. Aus den oben genannten Gründen - Verhinderung der Früherkennung etc. - hält auch das Gutachten der Gesellschaft für sozialen Fortschritt³⁾ eine prozentuale Beteiligung an den Arzneikosten für besser als eine Krankenscheingebühr. Die Verordnungsblattgebühr wird mit dem Hinweis abgelehnt, daß sie nur dazu führe, viele Arzneien auf einem Rezept zu verschreiben⁴⁾. -

Die feste Gebühr hat, wie jede absolute gegenüber einer relativen Beteiligung, auch den Nachteil, sich Geldwertveränderungen nicht schnell genug anzupassen, vor allem wo, wie in Deutschland, jede Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung oder Veränderungen hieran zuungunsten der Versicherten auf den energischen Widerstand nicht zuletzt der Gewerkschaften und der Sozialversicherungsträger selbst stoßen. Hatte eine Gebühr von RM -.50 in der Wirtschaftskrise von 1930 vielleicht eine gewisse Bedeutung, so ist sie angesichts des heutigen Durchschnittseinkommens der Arbeitnehmerschaft - von Rentnern und ähnlich schlecht gestellten Personen wird sie nicht eingehoben - so gut wie völlig unwirksam.

Die gebührenpflichtigen Krankenscheine werden in Deutschland

1) Hänggi, "Die Kostenbeteiligung ..", a.a.O. -

2) Saxer, "Der Selbstbehalt der Versicherten ..", a.a.O. -

3) "Bericht des Ausschusses zur Erörterung einiger grundsätzlicher Fragen ..", a.a.O. -

4) Derselbe. - Siehe auch unten S. 76.

und in der Schweiz befristet ausgegeben, mit dem Ziel, ein Hinauszögern der Krankheit zu verhindern. In Deutschland wird zudem nur alle Vierteljahr ein neuer Schein ausgegeben (von dem besonderen Zahnarztschein abgesehen). Der Verwendungszwang (innerhalb 8 oder 14 Tagen) ist jedoch meist unwirksam, da die Ärzte die Scheine im allgemeinen bis zum Ende des jeweiligen Abrechnungszeitraums annehmen. -

b) Prozentuale Selbstbeteiligung

Diese Form der Selbstbeteiligung bringt die Belastung der Versicherten in eine direkte Beziehung zur Höhe der tatsächlichen Krankheitskosten, indem die Kasse nur einen bestimmten, in der sozialen Krankenversicherung meist über 50% liegenden Teil der Kosten trägt. Besonderheiten der prozentualen Kostenbeteiligung finden sich unter folgenden Gesichtspunkten:

1. Veränderlichkeit und Differenzierung des Prozentsatzes.
Der Satz kann im Zeitablauf variieren, z.B. nach Ablauf einer bestimmten Zeit höher oder niedriger werden, oder auch mit der Kostenhöhe, so daß sich ein in Bezug auf die tatsächlichen Kosten progressiver oder degressiver Verlauf der Selbstbeteiligung ergibt. - Es kann auch ein für alle Leistungen, an denen Selbstbeteiligung vorgesehen ist, einheitlicher Satz oder ein solcher angewendet werden, der unter diesen oder jenen Gesichtspunkten für bestimmte Leistungen eine verschiedene Höhe annimmt.
2. Die Berechnung des Kostenanteils kann von den anfallenden Gesamtkosten oder von den Kosten einzelner Leistungen ausgehen; das erstere wird zum Teil der Fall sein bei der progressiven oder degressiven Form.¹⁾
3. Der Kassenanteil an den effektiven Gesamtkosten ist nicht immer schon durch Angabe eines Prozentsatzes bestimmt; im "Rückerstattungssystem" wird z.B. häufig der Kassenanteil als Prozentsatz eines von der Kasse festgelegten Tarifs für die einzelnen Leistungen errechnet, während die tatsächlich

1) Da eine solche Regelung im wesentlichen nur Sinn hat bei Berücksichtigung der Gesamtkosten bzw. der gesamten belasteten Kosten.

gezahlten Arzthonorare etc. höher als die Ansätze des Tarifs sind. Die Divergenz zwischen den Tarifen der Kassen und Ärzte etc. geht hier zu Lasten der Versicherten. Im umgekehrten Fall, wenn der Anteil des Versicherten primär - etwa als Anteil an den effektiven Gesamtkosten - festgelegt ist, bemühen sich die Kassen um eine Fixierung z.B. der Arzttarife auf einem für sie tragbaren Niveau¹⁾.

4. Die prozentuale Selbstbeteiligung kann mit Höchst- oder Mindestbeträgen kombiniert sein, d.h. die Kasse zahlt etwa 50% der Kosten, höchstens jedoch einen bestimmten absoluten Betrag.

Beispiele für die genannten Formen finden sich in fast allen sozialen Krankenversicherungen: in der deutschen Krankenversicherung findet sich die prozentuale Beteiligung vor allem bei Anschaffung und Reparatur größerer Heil- und Stärkungsmittel²⁾ (Mitglieder- und Familienleistungen), bei der Arzneiversorgung in der Familienkrankenpflege, hier auch für kleinere Heilmittel. Der Kassenanteil ist meist durch einen Höchst-, häufig auch durch einen Mindestbetrag abgegrenzt, wobei sich die Regelung oft noch auf einen bestimmten Zeitraum bezieht, z.B. Gültigkeit des Höchstbetrages innerhalb von 12 oder 24 Monaten, nach deren Ablauf die Berechnung aufs neue beginnt. - Diese Leistungen sind zum Teil Pflicht, zum Teil aber auch freiwillige (Mehr-) Leistungen, so daß sich im Leistungsniveau der Kassen Unterschiede ergeben.

Eine Veränderung des Prozentsatzes findet sich zum Beispiel beim Übergang von der normalen zur langfristigen Krankenversicherung in Frankreich. Während im ersten Fall normalerweise 80% des Kassentarifs erstattet werden, vergütet die langfristige Krankenversicherung 100% des Tarifs. Aber auch in der normalen Krankenversicherung gibt es u.U. eine 100%ige Erstattung, z.B. bei schweren Operationen und außergewöhnlichen Behandlungen mit hohen Kosten, unabhängig

1) Siehe auch unten S. 78 ff.

2) Heilmittel "wirken selbständig, stärken ein geschwächtes Organ", "Hilfsmittel ersetzen ein verloren gegangenes Organ", (Trode, "Grundriss ..", a.a.O.

von der Leistungsdauer. - Eine Differenzierung des Prozentsatzes nach der Kostenhöhe kennen manche schweizerischen Kassen: Saxer¹⁾ erwähnt eine Regelung, in der das Mitglied zu den ersten sfrs. 200.- Kosten 15% beitragen muß, zu den nächsten sfrs. 100.- nur noch 10%, und soweit die Kosten sfrs. 300.- übersteigen, ist der Versicherte anteilsfrei. Bei der Berechnung der Gesamtkosten werden oft einzelne Posten nicht berücksichtigt, etwa unter dem Gesichtspunkt, daß eine Beteiligung nur an solchen Kosten zulässig sei, die der Patient auch durch sein Verhalten beeinflussen könne. - Die Herabsetzung des Kassenanteils findet sich zum Teil beim Krankengeld, eine Verschlechterung des Leistungsniveaus bei Sachleistungen ist selten zu finden, abgesehen von der plötzlichen Einstellung der Leistungen nach Ablauf einer bestimmten Leistungsdauer²⁾.

Folgende Besonderheiten seien noch erwähnt:

- 1) Die schweizerische Krankenversicherung nach KUVG sieht eine Kombination von Selbstbehalt und einer Verlängerung der Leistungsdauer durch die Kassen vor; erhöhen die anerkannten Kassen (die Träger der sozialen Krankenversicherung) die satzungsmäßige Leistungsdauer in einem vom KUVG festgelegten Mindestmaß, nämlich von 180 Tagen innerhalb 360 Tagen³⁾ auf 270/360 oder 360/540 (in letzterem Falle erhöhen sich zudem die Bundeszuschüsse), so brauchen sie nur noch drei Viertel der Kosten der ärztlichen Behandlung und Arzneien zu tragen. - Dies ist in der Schweiz nur eine der auf Anreiz zum Leistungsausbau abzielenden Maßnahmen, die sich aus dem besonderen Charakter dieser Krankenversicherung erklären, die im wesentlichen nur aus einer sehr lockeren Rahmenregelung besteht (KUVG), ansonsten aber die Entscheidungen den sehr differenzierten, in ihrer Größe zwischen kleinsten und "Mammut"-Kassen schwankenden genossenschaftlichen Kassen überläßt. (1948: 1152 Kassen⁴⁾). -

1) Saxer, "Der Selbstbehalt der Versicherten..", a.a.O. -

2) Dies entspricht der "Aussteuerung" als einer zeitlichen Form der Selbstbeteiligung. -

3) Art. 13,4 KUVG. -

4) "Schweizerische Krankenkassen und Tuberkuloseversicherungs-träger 1944 - 48", a.a.O.

2) Eine weitere Differenzierung findet sich in der Schweiz zum Teil nach dem Geschlecht der Versicherten: so berechnet die schweizerische Krankenkasse "Helvetia" für männliche Mitglieder einen Selbstbehalt von 15%, für weibliche dagegen 20%; dies erklärt sich aus dem Vorherrschen des Individualversicherungsprinzips in der schweizerischen sozialen Krankenversicherung, welches jedes Mitglied mit einem der Höhe des versicherungsmässigen Risikos entsprechenden Beitrag heranziehen will, eine Ausnahme von der sonst, etwa bezüglich des Verhältnisses von Beitrag und Leistung, im KUVG geltenden Gleichstellung der Geschlechter. (Das unterschiedliche Risiko wird durch verschieden hohe Bundesbeiträge ausgeglichen.)¹⁾

Die prozentuale Selbstbeteiligung stellt in bestimmter Hinsicht den Gegenpol zu der Gebühr dar: während jene von der Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten unabhängig ist, findet sich hier eine direkte Abhängigkeit von der Kostenhöhe, in der einfachsten Form eines einheitlichen und stetigen Prozentsatzes eine einfache Proportionalität. Dadurch wird der Versicherte direkt an der Höhe der Arztrechnung interessiert, meist ist damit aber auch eine erheblich höhere Belastung verbunden. - Wo jedoch überhaupt die Frage der Wahl zwischen mehreren Kostenbeteiligungsformen auftauchte, was nicht zuletzt von der Tradition und der für möglich gehaltenen Höhe der Belastung abhängt, so etwa bei einzelnen Kassen der Schweiz, zieht man die prozentuale Form oft allen anderen vor, so etwa dem unten noch zu behandelnden "Ticket modérateur". Nach Saxers Ansicht hat sich das Prozentualsystem in verschiedener Ausgestaltung sowohl bezüglich der Durchführung als auch bezüglich der Auswirkungen für die Kassen als recht zweckmässig erwiesen²⁾. Er weist jedoch auf gewisse Härten hin, die diese Form bei uneingeschränkter Durchführung mit sich bringe: die Höhe der finanziellen Belastung bei langdauernden und schweren

1) KUVG Art. 6. -

2) Saxer (Direktor des Bundesamts für Sozialversicherung der Schweiz), "Der Selbstbehalt.....", a.a.O.

Krankheiten, die Beteiligung auch an Kosten, die nicht dem Einfluß der Versicherten unterliegen (Wochenbett, Kilometergelder bei Arztbesuchen, Krankentransporte, Aufenthalt in Krankenhäusern, Operationskosten etc.), die aber durch die oben genannten Modifikationen der prozentualen Belastung zum Teil gemildert werden können. -

Die prozentuale Form folgt auch Geldwertveränderungen ohne Verzögerung. - Ebenso ist, von sozialen und anderen Erwägungen abgesehen, ihre Höhe in sehr weiten Grenzen veränderlich, da sie sich - im Gegensatz zu Gebühren und zur Selbstbeteiligung mit festen Beträgen - den tatsächlich anfallenden Kosten anpaßt. Dagegen ist die Technik der Einhebung und die Verwaltungsarbeit meist komplizierter als bei Gebühren¹⁾.

c) Selbstbeteiligung in Form fester Beträge

Diese Form besteht darin, daß für einzelne Leistungen, deren Wert etwa aus dem Vertrag zwischen Ärzten und Kassen bekannt ist und feststeht, ein bestimmter, absolut fixierter Betrag vom Versicherten zu entrichten ist. Damit besteht, im Gegensatz zur Gebühr, eine feste Beziehung zwischen den Kosten der Einzelleistung (wie oft sie auch beansprucht werden mag) und dem Kostenanteil; bezüglich der Gesamtkosten läßt sich allerdings eine solche Beziehung nicht feststellen, der Kostenanteil ist hier vielmehr von der Struktur der beanspruchten Leistungen abhängig, da ja der absolute Betrag für jede Einzelleistung im allgemeinen einen verschiedenen Anteil von deren Wert ausmacht²⁾. Liegt der Vorteil der prozentualen Beteiligung darin, daß viele oder alle Leistungen in einheitlicher Weise herangezogen werden können, so ist umgekehrt der Vorteil der festen Beträge in der Möglichkeit einer sehr feinen und weitgehenden Differenzierung zu sehen: dies hängt nicht zuletzt mit der Einhebungstechnik (Errechnung der Anteile etc.) zusammen³⁾. Einige Einzelfragen der praktischen Gestaltung sind:

1) Siehe unten S. 115 ff.

2) Schon weil die Beträge meist in runden Summen festgesetzt werden. -

3) Wie Anmerkung 1).

1. Der feste Betrag kann einmal oder wiederholt erhoben werden, d.h. etwa nur bei der ersten Konsultation oder auch bei den folgenden, hier jedoch evtl. in verminderter Höhe¹⁾. Im ersten Fall nähert sich diese Form der Gebühr.
2. In der sozialen Krankenversicherung wird in der Regel der absolute Betrag, den der Versicherte zu zahlen hat, primär festgelegt, d.h. der Rest ist, in welcher Höhe auch immer, von der Kasse zu tragen (obwohl tatsächlich der Vorgang oft der ist, daß die Kasse zunächst in einem Vertrag die Kosten z.B. der ärztlichen Leistungen festlegt und danach den Kostenanteil bestimmt). Damit soll nur der Unterschied zu der z.B. bei privaten Versicherungsanstalten zu findenden Regelung gekennzeichnet werden, daß die Kasse ihre Leistung auf einen absoluten Betrag beschränkt und den Rest dem Versicherten überläßt. Dies gilt auch etwa bei der in der deutschen sozialen Krankenversicherung zu findenden Form eines absolut festgesetzten Höchstzuschusses zu bestimmten Leistungen.
3. Ein öfters in der Literatur zitiertes Beispiel stellt das Ticketsystem dar, welches die kantonale Krankenkasse des schweizerischen Kantons Solothurn von 1922 - 1939 benutzte²⁾. Der Versicherte hatte vor der Behandlung Marken bei bestimmten Kassenstellen zu lösen, die gegen einen jährlich vom Kassenvorstand neu festgesetzten Einheitspreis - je nach den finanziellen Bedürfnissen der Kasse - in ausreichender Menge gekauft werden mußten. Das Mitglied hatte auf seinem Krankenschein die den Versicherungsleistungen entsprechenden Tickets aufzukleben, wobei die Ansätze der folgenden Tabelle einzuhalten waren, unter Berücksichtigung der Beteiligungsgrenze von 25%:

1) Siehe das unten auf S. 103 ff. dargestellte Beispiel der österreichischen Krankenversicherungsanstalt für Bundesangestellte. -

2) Zitiert nach G. Augustin, "Die Arztfrage ...", a.a.O., S. 97 ff.

Für jeden Gang in die Sprechstunde		1 Ticket
Für jede Untersuchung		1 "
Für jedes Medikament		1 "
Für jeden Tagesbesuch		2 Tickets
Für jeden Nachtbesuch		6 "
Für jeden Tag Spitalbehandlung		
vom 1. bis 30. Tag	je	3 "
" 31. " 60. "	je	2 "
" 61. Tag an	je	1 Ticket
Für jede Bestrahlung zu Heilzwecken		1 "
Für jede diagnostische Durchleuchtung und Röntgenaufnahme		
bis zu Fr. 10.-		3 Tickets
Fr. 20.-		6 "
über Fr. 20.-		9 "

Eine Kombination dieser Form mit der oben als "zeitliche" Selbstbeteiligung bezeichneten Form findet sich in der oben schon angedeuteten Weise, daß ein fester, von der Kasse zu leistender Betrag, dem ja bei vertraglicher Fixierung des Leistungswerts ein fester Anteil des Versicherten entspricht, nur für eine bestimmte Periode gilt, d.h. z.B., wie bei einer deutschen Ortskasse¹⁾, daß für Hilfsmittel ein Zuschuß von 50% des Wertes mit einer Obergrenze der Kassenleistung von DM 30.- innerhalb von 12 Monaten gewährt wird. Der Versichertenanteil ist also in diesem Falle nicht festgelegt. -

Diese Form der Selbstbeteiligung ist einer extremen Differenzierung nach Leistungsarten besonders günstig. Daß die technischen Besonderheiten, die dies ermöglichen - die Errechnung kann den Versicherten überlassen werden, die im Markenklebeverfahren nur jeweils die Zahl der Marken ermitteln müssen, die verschiedene Belastung einzelner Leistungen läßt sich durch absolut fixierte Beträge klarer durchführen als durch eine Vielzahl verschiedener Prozent-

1) Ortskasse Bad Bramstedt, beliebig herausgegriffen, aus: Statistik der Ortskrankenkassen des Bundesgebietes 1953, a.a.O.

sätze -, den Erfordernissen der Verwaltung einer größeren Kasse aber doch nicht genug Vorteile bieten, zeigt die Tatsache, daß die Solothurner Kasse schließlich doch zum prozentualen Beteiligungsverfahren überging und das Ticketsystem in der Schweiz heute so gut wie ausgestorben ist. Zunächst hatte sich die Kasse sehr positiv zu dem Verfahren geäußert, so etwa im Geschäftsbericht von 1928¹⁾: "Unter den verschiedenen Formen der Mitinteressierung der Mitglieder an der Krankenpflegeversicherung darf das Ticketsystem, wie es in mehrjähriger Praxis bei uns mit Erfolg ausprobiert wurde, als das beste und zugleich mildeste Mittel der direkten Mitbeteiligung bezeichnet werden. Es umgeht die Schablonenhaftigkeit und unvermeidliche Härte der rein prozentualen Mitbeteiligung und ist vorzüglich geeignet, infolge der ausschließlichen Erfassung der der Willkür ausgesetzten ärztlichen Leistungen, grundsätzlich die Mitglieder zu einer ökonomischen Inanspruchnahme der Kassenleistungen zu erziehen. Über die Auswirkungen des Ticketsystems darf man sich nach den bisherigen Erfahrungen und, gestützt auf die mehrjährigen statistischen Berechnungen, den besten Hoffnungen hingeben".

Die Gründe der Aufgabe des Systems deutet Saxer damit an, daß "trotz gewisser Vorteile es sich also nicht durchzusetzen vermocht hat. Zur Hauptsache hielten verwaltungstechnische Gründe die Kassen von seiner Einführung ab"²⁾. Näheres war nicht zu erfahren, doch darf man annehmen, daß sich einerseits die in der Schweiz übliche nachträgliche summarische Einhebung eines Prozentsatzes der angefallenen Kosten klarer und übersichtlicher durchführen läßt und daß andererseits die Tatsache, daß die meisten Kassen trotz des erheblichen Selbstbehalts auf die Dauer keine finanzielle Erleichterung verzeichnen konnten³⁾, dazu führte, daß das erzieherische Moment etwas hinter das finanzielle zurücktrat. Im übrigen gibt das obige Beispiel aus Solothurn auch zugleich - über die jährliche Anpassung des Ticketpreises - einen Weg zur Berücksichtigung der Geldwertveränderungen an.

1) G. Augustin, a.a.O., S. 97 ff. -

2) Saxer, "Der Selbstbehalt....", a.a.O. -

3) Für viele andere Äußerungen in dieser Richtung: Hänggi, "Die Kostenbeteiligung...", a.a.O. Über die Wirkung der Selbstbeteiligung ist damit jedoch wenig gesagt, z.B. haben viele Kassen ihre Leistungen erheblich ausgebaut; siehe unten S. 101.

d) Die Differenzierung der Selbstbeteiligung

An dieser Stelle kann noch nicht die Frage aufgenommen werden, ob, in welcher Form und in welchem Ausmaß eine Differenzierung der Kostenbeteiligung und damit der Leistungsstruktur unter dem hier relevanten Gesichtspunkt der Vollständigkeit der Deckung des Risikos Krankheit vorgenommen werden soll. Vielmehr sind hier zunächst die Methoden und Gesichtspunkte einer solchen Differenzierung zu behandeln. Dabei beschränken wir uns weiterhin, dem Inhalt dieses Abschnitts gemäß, auf die "quantitative" Selbstbeteiligung, obwohl manches, was hierzu gesagt werden kann, auch für die beiden anderen Formen der Kostenbeteiligung gilt.

1. Die Vorteile der prozentualen Selbstbeteiligung - eine relativ umfassende Selbstbeteiligung in Bezug auf die verschiedenen Leistungen überhaupt vorausgesetzt - setzen sich erst dann durch, wenn sie möglichst undifferenziert angewendet wird. - In praxi, dies sei hier vorweggenommen, findet sich eine Differenzierung nach Leistungsarten meist in der Weise, daß alle möglichen Formen der Selbstbeteiligung im System kombiniert werden¹⁾: einzelne Leistungen werden nicht gewährt, bei anderen sind feste Beteiligungen der Kasse oder der Versicherten vorgesehen, bei dritten eine prozentuale Beteiligung u.a.m. Fragen der Erhebungstechnik dürften hier nicht zuletzt eine Rolle spielen, z.B. die Möglichkeit, Lieferanten (Optiker etc.) in das Verfahren einzuschalten.

Andererseits schließt, wie sich aus dem oben Ausgeführten ergab, das System fester Beträge an einzelnen Leistungen eine der Höhe nach undifferenzierte Kostenbeteiligung aus, da sich die Höhe der einzelnen Beiträge nach dem Wert der jeweiligen Leistung richten muß. Ein Kriterium für eine gleichmäßige und doch sinnvolle Belastung aller Leistungsarten läßt sich hier nicht finden.

1) Siehe das unten auf S. 35 dargestellte dänische Beispiel.

2. Die Differenzierung kann in Bezug auf verschiedene Tatbestände vorgenommen werden, von denen die wichtigsten sind:

- a) Nach Leistungsarten, d.h. verschieden hohe Beteiligung etwa an Konsultationen, Visiten, Arzneien etc.
- b) Nach Art, Entstehungsursache und Schwere der Krankheit bzw. der Höhe der entstehenden Kosten.
- c) Nach der sozialen und wirtschaftlichen Lage der Versicherten, etwa nach Einkommen und Familienstand.
- d) In den totalitären Systemen des Ostblocks etwa findet man eine Differenzierung der Leistungshöhe nach politischen Verdiensten, sozial nützlichem Verhalten, der Zugehörigkeit zu bestimmten Organisationen.

Zunächst sind es zum Teil recht schwierige verwaltungstechnische Probleme¹⁾, die sich in diesem Zusammenhang um so stärker bemerkbar machen, je komplizierter die Differenzierung wird. Nicht zuletzt aus diesem Grunde läßt sich allgemein sagen, daß eine Kombination zu vieler Differenzierungsformen wohl kaum für eine Kasse und ihren Verwaltungsablauf erträglich ist. Daher findet sich, soweit überhaupt, vor allem nur die Differenzierung nach Leistungsarten - dabei sind natürlich weniger technische Gesichtspunkte maßgebend als etwa die Finanzkraft der Kasse, der Mitgliederkreis und seine Bedürfnisse, die jeweiligen Funktionen der Versicherung u.a.m. - eventuell noch nach der Schwere und Dauer der Krankheit, während wohl in allen hier näher betrachteten Systemen die Differenzierung nach Einkommen, Familienstand etc. nur in Ausnahmefällen und nicht in Form einer Selbstbeteiligung im strengen Sinne anzutreffen ist. Dabei wird von dem Fall ausgegangen, daß einem einheitlichen Beitragsbemessungsprinzip verschiedene Leistungen oder Kostenanteile gegenüberstehen: das Wahltarifsystem²⁾, bei dem bessere Leistungen durch höhere Beiträge erkauft werden, mag damit zwar auch eine Differenzierung nach

1) Siehe unten S. 114 ff.

2) Näheres zum Wahltarifsystem siehe unten S. 145 ff.

der Leistungsfähigkeit vornehmen, die an dieser Stelle jedoch nicht gemeint ist.

3. Fälle der Differenzierung nach der Leistungsfähigkeit finden sich etwa in folgenden Formen:

- a) In den Systemen mancher Länder oder Kassen ist die eigene wirtschaftliche und soziale Einschätzung der Versicherten für die Höhe der Selbstbeteiligung in gewisser Weise maßgebend: nicht in Form des Wahltarifsystems, sondern derart, daß - wie etwa bei italienischen Kassen¹⁾ - den Versicherten die Wahl des Naturalleistungs- oder Rückerstattungssystems freigestellt ist, um so einen Interessenausgleich zwischen Sonderwünschen bestimmter Versichertengruppen und den Kassen herbeizuführen. Während in den genannten Fällen das System der Naturalleistung das primäre ist, kennt umgekehrt die italienische Fürsorgeanstalt für Staatsangestellte grundsätzlich das Rückerstattungssystem, gewährt jedoch in 150 anstaltseigenen Beratungsstellen kostenlose Behandlung, wobei den Versicherten ebenfalls die Wahl bleibt²⁾. Beim Rückerstattungssystem ist nämlich in der Regel die Selbstbeteiligung höher als beim Naturalsystem mit prozentualer Selbstbeteiligung, weil Erstattungstarif der Kassen und der Tarif, nach welchem die Ärzte ihre Forderungen berechnen, meist voneinander abweichen.
- b) Soweit Sonderleistungen zur Ergänzung unzureichender Kassenleistungen im Bedarfsfall von den Fürsorgestellen gewährt werden, sind sie hier nicht zu erwähnen (z.B. in Dänemark als Sonderfürsorge ohne die rechtlichen Folgen der Armenfürsorge). In der französischen sozialen Krankenversicherung, um nur ein Beispiel zu erwähnen, findet sich auch innerhalb der sozialen Krankenversicherung die Möglichkeit, daß Versicherten und Familienangehörigen in ungünstigen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen auf Beschluß des Kassenvorstandes und im

1) Es handelt sich meist um Angestellten- und Beamtenkassen. -

2) "Die Beziehungen der Träger der sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft", Monographie der italienischen Fürsorgeanstalt für Staatsangestellte, a.a.O.

Rahmen der Satzung Mehrleistungen gewährt werden können¹⁾. Ihr möglicher Umfang ist gesetzlich fixiert und durch Erlaß vom 22.7.1954 noch vermehrt worden: darunter fallen beispielsweise Tragung des Kostenanteils der Versicherten bei Spitalpflege über einen Monat Dauer, wenn kein Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Fürsorge besteht, verlängerte Leistungen, Fahrkostenbeiträge und bestimmte Sonderunterstützungen.

- c) Ein Erlaß von Kostenbeteiligung, Gebühren etc. in genereller gesetzlicher Regelung, also nicht auf den Einzelfall und das Ermessen des Kassenvorstandes abgestellt, findet sich etwa durch Ausnahme bestimmter Personenkreise von der Gebührenpflicht in der Notverordnung des Reichspräsidenten vom 1.12.1930²⁾.
- d) Gegen eine generelle Differenzierung der Selbstbeteiligung nach Kriterien der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, wie sie etwa das Gutachten der Gesellschaft für sozialen Fortschritt vorsieht³⁾, und der man meist die Ermessensregelung vorzieht, wird eingewandt, daß eine Vielzahl von Ausnahmevorschriften und Unterschieden in der Behandlung das (finanzielle) Ziel der Kostenbeteiligung gefährde. So meint auch Prange⁴⁾: "Zu erwägen wäre aber, die Vorschriften so zu fassen, daß den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen die Möglichkeit verbleibt, die Gebühren in Härtefällen niederzuschlagen. Mit Ausnahme der Fürsorgeempfänger, deren Mittellosigkeit offenkundig ist, sollten aber generelle Ausnahmen wohl nicht vorgesehen werden."

4. Viel häufiger ist die Differenzierung nach Art der Leistungen. Wie z.B. bezüglich der wichtigsten Leistungen des dänischen Krankenversicherungssystems durch Wahl verschiedener Formen und bei diesen wieder in verschiedener Höhe

1) Bulletin der IVSS, 1954/8. -

2) NotVO vom 1.12.1930, a.a.O. -

3) Bericht des Ausschusses zur Erörterung einiger grundsätzlicher Fragen ..., a.a.O. -

4) Prange, "Gedanken zur Reform ...", a.a.O.

die Versicherten zum Mittragen des Risikos herangezogen werden, zeigt folgende Aufstellung:

Es werden nach dem dänischen Krankenversicherungsgesetz und seinen Ergänzungen (hier bis einschließlich Gesetz Nr. 490 vom 19.12.1951) folgende Sachleistungen gewährt:

- a) Pflichtleistungen: Unentgeltliche Pflege und Behandlung durch einen praktischen Arzt, Krankenhauspflege jeder Art (volle Kostenübernahme)¹⁾, drei Viertel des Preises lebenswichtiger pharmazeutischer Produkte, drei Viertel des Preises weiterer wichtiger Heilmittel, unentgeltliche Leistungen bei Mutterschaft (Hebammenkosten, evtl. ärztliche Hilfe, Krankenhausaufenthalt, Säuglingsausrüstung, Milchgutscheine, in Bedarfsfällen Aufnahme in bestimmte Kliniken).
- b) Das Gesetz gestattet den Kassen die Gewährung folgender freiwilliger Leistungen (nach Satzung): Behandlung durch einen freipraktizierenden Facharzt (in Krankenhäusern ist die fachärztliche Behandlung im Pauschale eingeschlossen), Zahnbehandlung (jedoch nur Extraktionen und konservierende Zahnbehandlung, nicht für Goldarbeiten, Einsetzen falscher Zähne etc.). Meist wird nur ein Teil der Kosten, z.B. die Hälfte getragen. - Drei Viertel des Preises bestimmter weniger wichtiger Heilmittel, die bei schwerer und langer Krankheit vom Arzt verordnet werden, falls diese Heilmittel dauernd oder während langer Zeit verwendet werden müssen (außerhalb Kopenhagens und Umgebung wird meist nur die Hälfte bezahlt). Für eine große Anzahl sog. Freiverkaufsmedikamente dürfen die Kassen gar nichts zahlen. - Massagen, Bäder, Verbände, Verbandmaterial, orthopädische Apparate, Brillen, Behandlung in einer Erholungsanstalt, Hauskrankenpflege. Letztere Leistungen können alle oder nur zum Teil voll oder partiell (Zuschüsse) bezahlt oder in natura gewährt werden. Die meisten Krankenkassen, besonders in den Städten, ha-

1) Hohe staatliche und kommunale Zuschüsse an die Krankenhäuser ergeben niedrige Pflegesätze, von denen die Kassen zudem nur die Hälfte zu zahlen haben: in Aarhus z.B. nur Kr. 2.50 täglich (siehe Hübner, a.a.O.).

ben alle oder die wichtigsten Leistungen in ihre Versicherung eingeschlossen¹⁾.

Auf einzelne Besonderheiten bei der Differenzierung nach Leistungsarten sei wiederum aufmerksam gemacht:

- a) Bei bestimmten Leistungen ist, wie in dem oben genannten Fall, die Bestimmung der Selbstbeteiligung den Versicherten überlassen, wenn sie nämlich einerseits die Freiheit haben, auch Ärzte, Krankenhäuser oder Institute zu wählen, mit denen die Kasse nicht in direkter Beziehung steht, andererseits aber die Kasse lediglich die Kosten, die bei einer Behandlung durch ihre Vertragsinstitute etc. entstanden wären, erstattet (in bar), so in Deutschland²⁾ bei selbstgewählter Heimentbindung neben den üblichen Barleistungen nur das Hebammengeld an die Wöchnerin. - Absichtlich wird die Möglichkeit der Selbstbestimmung auch da vorgesehen, wo den Versicherten die Wahl der Qualität der Leistung (z.B. der Brillenfassung oder -gläser) überlassen ist³⁾. Oeter⁴⁾ fordert hierzu in seinem Vorschlag zur Selbstbeteiligung, daß "an Hilfsmitteln technischer Art grundsätzlich nur preisgünstige Standardmittel gewährt werden sollten, wie das im neuen staatlichen Gesundheitsdienst in England der Fall ist, wo grundsätzlich eine Zuzahlung ausgeschlossen ist. Entweder der Patient nimmt das billige Standardmittel oder aber er zahlt alles selbst". Auf das letztere dürfte es dann wohl in der Mehrzahl der Fälle herauskommen.
- b) Der Unterschied von gesetzlichen und satzungsmäßig gewährten Leistungen spielt - wenigstens wenn die satzungsmäßigen Leistungen an alle Versicherten einheitlich zu gewähren sind, wie in Deutschland die sog. Mehrleistungen⁵⁾ - weniger im Rahmen der Leistungen einer Kasse als bezüglich der Frage der Leistungsdifferenzierung zwischen verschiedenen Kassen eines Versicherungssystems eine Rolle.

1) Jensen, "Dänisches Fürsorgewesen", und "Soziale Gesetzgebung Dänemarks 1891 - 1941", a.a.O. - 2) § 196, Abs. 2 RVO. -

3) In England hat der Versicherte seit Einführung der Selbstbeteiligung den Preis der Brillenfassung voll zu tragen. -

4) Oeter, siehe unten S.173. - 5) § 187 RVO.

- c) Ein Sonderproblem ergibt sich aus der, wie oben erwähnt, oft nur formalen Bestimmung des Leistungsumfanges (notwendige, zweckmäßige und sparsame Behandlungsweise). Hier werden nicht einzelne Leistungen schlechthin ausgenommen oder unterschiedlich behandelt, sondern nur unter Heranziehung eines weiteren Kriteriums, dem individuellen Fall. Das Ergebnis kann in jenen Systemen, die den Versicherten für Übertretungen dieses Prinzips verantwortlich machen (Rückerstattungen), sein, daß für die Betroffenen die tatsächliche Selbstbeteiligung etwa an den Kosten der ärztlichen Behandlung höher als der allgemeine Prozentsatz ist, weil bestimmte Auslagen eben nicht ersetzt werden.

5. Die Differenzierung

- a) nach Art, Entstehungsursache oder Schwere der Krankheit (auch ihrer Dauer) und
b) nach politisch sozialen Aspekten
sei hier nur kurz gestreift¹⁾.
- a) Eine Differenzierung der erstgenannten Art findet sich häufig durch Aufteilen der Sorge für die betreffenden Krankheiten auf verschiedene Sozialversicherungsträger. So - außer in England und Frankreich - die Trennung von Kranken- und Unfallversicherung, letztere zum Teil nach Berufsgruppen mit verschiedener gesetzlicher Regelung aufgespalten, wie z.B. in Holland. (Besondere Unfallversicherungen für Gewerbe und Industrie - Gesetz von 1921 - für Landwirtschaft und Gartenbau - Gesetz von 1922 - und für Seeleute - Gesetz von 1919.) In Frankreich wird das schwere (sowohl für die Kassen als für die Versicherten) Risiko der langfristigen Erkrankungen in einer besonderen Versicherungsform erfaßt, die allerdings organisatorisch mit der allgemeinen Krankenversicherung bei den "Caisses primaires" zusammengefaßt ist²⁾.
In analoger Weise wird die ebenfalls bessere Leistungen

1) Beispiel für Differenzierung nach politischen Aspekten bei Barleistungen, siehe unten S. 53. -
2) "Sécurité sociale en France", a.a.O.

gewährende Tuberkulosenversicherung in der Schweiz von den anerkannten Kassen unter rechnungsmäßiger Trennung (und mit höheren Bundeszuschüssen) mit durchgeführt¹⁾.

Innerhalb einer allgemeinen sozialen Krankenversicherung ist eine Differenzierung nach dem Charakter und den Kosten der Krankheit vor allem bei Barleistungen zu finden, wie gleich noch näher darzustellen sein wird: Herabsetzung des Prozentsatzes, mit welchem der Einkommensausfall vergütet wird, nach einiger Zeit, oder besondere Regelungen auch bezüglich der etwa in Deutschland als Ersatz des Krankengeldes geltenden Krankenhauspflege bei chronischen Krankheiten sind hier zu nennen.

- b) Hierfür werden wir ebenfalls ein ausführlicheres Beispiel im folgenden Abschnitt bringen, ohne näher dazu Stellung zu nehmen.

3. Die Kostenbeteiligung bei den Barleistungen

- a) Barleistungen sind dazu bestimmt, den Einkommensausfall, der den auf Verwertung seiner persönlichen Arbeitsleistung in abhängiger Stellung angewiesenen Arbeitnehmer treffen kann, auszugleichen. Barleistungen sind daher mit dem ursprünglichen Ziel der sozialen Krankenversicherung in Deutschland und vielen anderen Ländern, der Sicherung nämlich der Arbeitnehmer gegen die speziellen Gefahren, die sich aus dem abhängigen Arbeitsverhältnis ergeben²⁾, besonders eng verbunden.

Folgende Besonderheiten lassen die Problematik der Selbstbeteiligung bei Barleistungen anders als bei den Sachleistungen erscheinen:

1. Die Selbstbeteiligung kommt hier dadurch zustande, daß nur ein Teil des Einkommensausfalls durch die Kassenleistungen ersetzt wird: den restlichen Teil muß der Versicherte auf andere Weise zu decken suchen, z.B. indem er weniger spart, Ersparnisse aufzehrt, Zuschüsse von dritter Seite erhält. Andernfalls muß er seinen

1) Tromp, "Entwicklung und Ausbau der Tuberkulosenversicherung", a.a.O. -

2) Auf die Tendenz, daß seit Bestehen der sozialen Krankenversicherung in Deutschland die Barleistungen an Bedeutung gegenüber den Sachleistungen verloren haben, wird unten nochmals hingewiesen, S. 128.

Konsum einschränken. Eine 100%ige Erstattung findet sich nur unter bestimmten Umständen, so zum Teil in den Ostblockstaaten und z.B. dort, wo der subjektive Einfluß auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit weitgehend ausgeschlossen ist; so wird der Lohnausfall in der holländischen Mutterschaftsversicherung (Teil der Krankenversicherung) zu 100% ersetzt. Durch die Teilerstattung will man den Anreiz zum Gesundwerden nicht zu gering werden lassen - es finden sich allerdings Tendenzen, den Erstattungssatz allgemein auf 70 oder 80% zu erhöhen - und andererseits die Leistungsfähigkeit der Versicherungsgemeinschaft nicht überbeanspruchen, da auch ein 100%iger Ersatz für die meist begrenzte Leistungsdauer der Krankenversicherung (in Deutschland grundsätzlich 26 Wochen für Barleistungen) nicht so dringend erscheint wie für die langfristigen Krankheiten.

Damit sind allerdings Aussagen über die Höhe der Kostenbeteiligung - außer durch eine Untersuchung des Einzelfalls - nicht möglich, da sie vom Verhalten des Arbeitsunfähigen abhängt; dasselbe gilt für die Frage, ob eine anderweitige Sicherung (etwa Zusatzversicherung bei einer privaten Kasse, Weiterzahlung des Gehalts oder Lohns wenigstens zum Teil etc.) vorhanden ist. - Des weiteren ist, ebenfalls zum Teil im Unterschied zu den Sachleistungen, der Tatbestand "Einkommensausfall" eine von den Kassen relativ leicht erfaßbare Größe, die weder - wie etwa die Preise der Sachleistungen - durch Dritte beeinflußt werden kann¹⁾, so die Kassen zum Ersatz eines nur primär²⁾ festgesetzten Kassenanteils zwingend, noch auch, von der Länge der Arbeitsunfähigkeit abgesehen, durch das subjektive Verhalten des Versicherten stark beeinflußt werden kann. Zudem gestattet die Beschränkung auf das Verhältnis "Versicherte-Kassen" eine rigorose

1) Siehe die Ausführungen über das Rückerstattungssystem unten S. 78 ff. -

2) D.H. die Kassen setzen ihren Anteil absolut fest oder den Tarif, nach dem sie erstatten, und überlassen den nicht von vornherein festgelegten Rest dem Versicherten.

Kontrolle. Der Einkommensausfall unterscheidet sich auch insofern von den Sachleistungen, als er keinerlei Strukturierung nach Leistungsarten aufweist, es somit nur eine Differenzierung nach Art der Entstehungsursache der Arbeitsunfähigkeit und nach Art und Höhe des Bedarfs gibt.

2. Daß die Höhe des Krankengelds vom Einkommensausfall ausgeht, besagt nicht, daß auf die tatsächlich entstehenden Lebenshaltungskosten keine Rücksicht genommen wird. So wird etwa den Bedürfnissen der Versicherten dadurch Rechnung getragen, daß - wie in der deutschen sozialen Krankenversicherung - zu dem prozentual einheitlichen Grundkrankengeld Zuschläge z.B. für Familienangehörige gezahlt werden. Es handelt sich hier nicht um eine dem Versicherungstatbestand entsprechende Leistungsdifferenzierung, so wie etwa in der französischen Versicherung die Kosten für Arzt und Arznei gesondert erstattet werden, sondern um eine solche Differenzierung, die dem Bedarfsprinzip stärker Rechnung tragen will: ist bei den Sachleistungen das Prinzip "Jeder nach seinen Fähigkeiten, jeder nach seinen Bedürfnissen" in etwa verwirklicht, weil die gleichmäßige Zumessung der Leistungen nach Maßgabe des wirklichen Kostenanfalls erfolgt, so hatte man offenbar Zweifel, ob der Einkommensausfall die tatsächlichen Bedürfnisse widergebe, m.a.W. man glaubt, daß der marktwirtschaftliche Verteilungsprozeß unter anderen Aspekten als dem Bedarf des einzelnen oder seiner Familie steht: in der Sozialversicherung wenigstens will man daher diesem Prinzip stärker Rechnung tragen¹⁾.

3. Während bei den Sachleistungen, vor allem wo sie in natura gewährt werden, sich erfolgreiche Bemühungen der Kassen finden, die Kosten der von ihnen für die Versicherten bezogenen Leistungen zugunsten der letzteren

1) Siehe auch M. Scherf, "Soziales Krankengeld", die die stärkere Berücksichtigung dieses Gedankens fordert.

herabzudrücken, finden sich analoge Bestrebungen bezüglich der Barleistungen naturgemäß nicht: Lohnerhöhungen einerseits, billige Beschaffung von Gegenständen des täglichen Bedarfs andererseits sind Aufgaben, die für die ganze Arbeitnehmerschaft (und auch für andere Schichten) von Bedeutung sind und etwa von den Gewerkschaften oder Konsumvereinen durchgeführt werden, den Aufgabenkreis der Kassen somit überschreiten, während Deckung des medizinischen Bedarfs ihre spezielle Aufgabe ist.

4. Ein Beispiel für die erwähnte Differenzierung der Barleistungen nach Bedürfnissen einerseits, nach der Entstehungsursache andererseits (soweit dies innerhalb der sozialen Krankenversicherung geschieht) sei die Regelung einer beliebig herausgegriffenen westdeutschen Ortskasse (Bocholt 1953)¹⁾ (Pflicht- und satzungsmäßige Mehrleistungen): der Versicherte erhält 50% des Grundlohns für 26 Wochen, vom 15. Tage an einen Zuschlag von 5% des Grundlohns für den Ehegatten sowie 5% für jedes Kind oder jeden sonstigen anerkannten Angehörigen, bis zur Höchstgrenze von insgesamt 75%. Bei Anstaltsaufenthalt erhält der Alleinstehende ein Taschengeld von 10% des Grundlohns, maximal DM 1.67 täglich (Beitrags- und Krankengeldberechnungsgrenze), bei Unterhaltungspflichten gegenüber Angehörigen ein Hausgeld von 33 1/3% des Grundlohns für den ersten Angehörigen, für den zweiten weitere 6 2/3%, für jeden weiteren 5% bis höchstens zur Höhe des Krankengeldes, das zu zahlen wäre, läge der Versicherte nicht im Krankenhaus. In der Wochenhilfe gibt es für Mitglieder und Familienangehörige einen Entbindungskostenbeitrag von DM 10,-, ein Wochengeld für Mitglieder in Höhe von 50% des Grundlohns und für Familienangehörige DM -.50 täglich, beides für eine Dauer von 10 Wochen, schließlich ein Stillgeld von DM -.50 (Mitglieder) bzw. DM -.25 (Familienangehörige).

b) Formen und Besonderheiten der Gestaltung

Aus den folgenden Forderungen haben sich unter Heran-

1) Statistik der Ortskrankenkassen des Bundesgebiets 1953, a.a.O.

ziehung weiterer Gesichtspunkte (etwa bezüglich des Umfangs des Kreises der zu schützenden Personen, der Wahlfreiheit bei den Leistungen etc.) verschiedene typische Formen der Erstattung des Einkommensausfalls ergeben:

- aa) Der Wunsch, den Bedarf der von einem Einkommensausfall Betroffenen auf jeden Fall zu decken. Das Verhältnis von Einkommensausfall und Bedarf wird dabei verschieden aufgefaßt: der Einkommensausfall wird als repräsentativ für den Bedarf auch im Fall der Krankheit aufgefaßt, d.h. wer schon bisher ein relativ hohes Einkommen bezog, lebte damit auch auf einem höheren Konsumniveau, ist vielleicht Verpflichtungen in Bezug auf sein bisheriges höheres Einkommen eingegangen etc. Oder man glaubt nicht, den Einkommensausfall als Maßstab allein heranziehen zu können¹⁾ und läßt dem Versicherten die Wahl unter verschiedenen Tarifklassen, wobei ein höheres Krankengeld auch einen höheren Beitrag erfordert. Schließlich kann man auch von einem einheitlichen Mindestbedarf ausgehen, unabhängig vom bisherigen Einkommen, dem Versicherten ebenfalls zusätzliche Sicherungsmöglichkeiten etwa in der Privatversicherung überlassend. Je mehr man dabei vom früheren Einkommen auf den Existenzbedarf heruntergeht, um so mehr muß man die den Bedarf bestimmenden Faktoren, z.B. die Familiengröße berücksichtigen - dies als Ergänzung zu dem oben über Familienzuschläge Gesagten.
- bb) Der Einkommensausfall soll in der Regel nicht zu 100% ersetzt werden, um einerseits den Kranken dazu anzuhalten, seine Arbeitsfähigkeit unter Aufbietung aller Kräfte möglichst schnell wiederzuerlangen, andererseits um die Arbeitsfähigen, die ja durch ihre Beiträge auch die Krankengeldversicherung finanzieren müssen, nicht zu sehr zu belasten. - Die Entschei-

1) Z.B. dort, wo der gesamten Bevölkerung der Zutritt zur sozialen Krankenversicherung (evtl. auf bestimmte Einkommenshöhen beschränkt) offensteht, wie in Dänemark und in der Schweiz.

dung darüber, welcher Bedarf an Unterhaltsmitteln bei Einkommensausfall gedeckt werden soll, ist weit mehr von den wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen der Versicherten abhängig als die über die Selbstbeteiligung bei Sachleistungen: abgesehen von den beiden Fällen, daß Sorglosigkeit und Kurzsichtigkeit mangelnde Vorsorge treffen lassen, und daß bei Einbeziehung auch der Empfänger fundierter Einkommen für diese Krankengeld häufig überflüssig sein wird, wird auch der Arbeitnehmer durch Hilfe von anderer Seite (Betrieb, Verwandtschaft) oder durch private Vorsorge (Haus und Garten) eventuell verschiedenes Bedürfnis nach Einkommenssicherung auf Kosten seiner gegenwärtig verfügbaren Mittel haben. Neben dem Wahltarifsystem, dessen Beziehung zum Solidaritätsgedanken unten näher zu erörtern ist¹⁾, gibt es die unten unter c) erwähnte Ausnahme bestimmter, etwa auf Grund gesetzlicher Maßnahmen für einen Teil oder die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit versorgter Personen.

- cc) Mit dem eben Gesagten eng zusammenhängend ist der Wunsch, die Belastung der Kassenfinanzen in erträglichen Grenzen zu halten. Wo die Mittel vorwiegend von der Versichertengemeinschaft direkt aufgebracht werden, muß ein hoher Erstattungssatz auch höhere Beiträge nach sich ziehen, dies auf eine generell-zwangsmäßige Weise wie in Deutschland und vielen anderen Ländern oder - im Wahltarifsystem dem einzelnen überlassen bleibend. Im letzteren Fall, und auch im ersten dann, wenn die Krankengeldversicherung getrennt von der Krankenpflegeversicherung durchgeführt wird, bleibt den Versicherten wenigstens ein Eindruck davon, daß Krankengeld und Beiträge auch in einem bestimmten Verhältnis stehen; es fragt sich, ob nicht durch solche Maßnahmen, die dem Versicherten überhaupt erst gewisse Möglichkeiten des Urteils über die Gestaltung der finanziellen Seite der Krankenversicherung geben, das Interesse auch der breiten Massen der Versicherten an der Selbstverwaltung gefördert werden kann.

1) Siehe unten S. 142 ff.

Aus der unter aa) vorgenommenen Einteilung ergaben sich schon die drei typischen Formen der Erstattung, nämlich: Prozentuale Erstattung mit oder ohne Familienzuschläge; einheitlicher fester Satz in Höhe etwa des Existenzminimums mit Berücksichtigung des Familienstandes; das Wahltarifsystem mit gewissen Modifikationen gegenüber der Individualversicherung. Der Familienbedarf kann hier entweder durch eine entsprechend hohe Versicherung des Ernährers berücksichtigt werden, oder bei Erkrankung der Frau durch deren eigene Versicherung, etwa, wenn die Frau sonst nicht arbeitet, zur Bezahlung einer Haushalthilfe, was in den anderen Systemen in Sonderfällen in natura gewährt wird.

1. Das Wahltarifsystem bei den Barleistungen findet sich in den sozialen Krankenversicherungen Dänemarks und der Schweiz. In der Schweiz muß sich jede Person selbst versichern, die Krankengeldversicherung wird zum Teil von besonderen Kassen durchgeführt, während die Mehrzahl der Kassen Krankengeldpflege- und Krankengeldversicherung zugleich betreiben. Es besteht nach KUVG keine Versicherungspflicht (außer in einigen Kantonen und Gemeinden); man kann sich also auch nur für Krankenpflege oder für Krankengeld versichern. Kinder dürfen vor dem Jahre, in dem sie das 14. Altersjahr zurücklegen, nicht für Krankengeld versichert sein¹⁾: "Könnten solche Kinder auf Krankengeld versichert werden, so wäre (da in der Regel noch keine Erwerbstätigkeit vorliegt) zu befürchten, daß Eltern sie zur Simulation veranlassen, um aus der angeblichen Krankheit des Kindes einen Gewinn zu ziehen". Das KUVG sieht ein Mindesttaggeld von Fr. 1.- vor (Art.12); das Problem der Überversicherung ist in der Schweiz relativ großzügig geregelt: die Kassen sind zwar zur Bekämpfung der Überversicherung verpflichtet, und zwar durch entsprechende Satzungsbestimmungen, andernfalls

1) "Volkswirtschaft, Arbeitsrecht und Sozialversicherung der Schweiz", a.a.O., Teil I, S. 677.

drohen Sanktionen des Bundes. "Immerhin kann in der Sozialversicherung nicht schon von Überversicherung gesprochen werden, wenn die Leistungen eines oder mehrerer Versicherer (man kann sich bei mehreren Kassen zugleich versichern) - allenfalls unter Mitrechnung von Zuwendungen Dritter - den Aufwand für Krankenpflege und den Lohnausfall überschreiten. Krankheiten erfordern häufig eine besondere Ernährung des Kranken, Anschaffung von Haushaltgegenständen, eine besondere Wartung. Der Kranke ist mitunter nicht nur an seiner Berufstätigkeit, sondern auch an der Ausübung einer Nebenbeschäftigung verhindert. Oft werden durch die Krankheit eines Familienmitglieds andere Glieder der Familie ihren Pflichten entzogen"¹⁾. Daher werden Statuten, die in bescheidenem Ausmaß eine Versicherung über die Vergütung von Arzt und Arznei und den Erwerbsverlust hinaus gestatten (damals etwa Fr. 3.-)²⁾ nicht beanstandet, obwohl andererseits die Statuten auch jede Überschreitung verbieten können. Die Krankenkasse "Helvetia" bietet heute Versicherungsmöglichkeiten auf Taggelder von Fr. 1.- bis Fr. 28.- täglich³⁾.

In Dänemark besteht für Erwachsene ebenfalls die Individualversicherung (Männer und Frauen, Familienmitglieder etc. müssen sich gesondert versichern) für Krankenpflege und Krankengeld, Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr sind ohne Beitragserhöhung in die Elternversicherung eingeschlossen. - Die Versicherten können den Tagessatz des Krankengeldes wählen: es muß ein Mindesttaggeld von Kr. -.40 gewährt werden, die Obergrenze ist einheitlich auf Kr. 6.- festgelegt,

1) Volkswirtschaft der Schweiz, a.a.O., I/S. 687. -

2) Das Werk stammt aus dem Jahre 1925, das Krankenversicherungsrecht gilt aber im wesentlichen noch heute, selbst die Bundesbeiträge z.B. haben noch die gleiche Höhe wie 1914. -

3) Beziehungen zwischen der sozialen Sicherheit und der Ärzteschaft, a.a.O.

das gewählte Taggeld darf jedoch vier Fünftel des durchschnittlichen Verdienstes der Versicherten nicht überschreiten. Mitglieder mit chronischen Krankheiten können sich auf höchstens Kr. 3.- Taggeld versichern, Alters- und Invalidenrentner auf nicht mehr als Kr. 1.- und für nicht länger als 13 Wochen innerhalb 12 aufeinanderfolgender Monate. - Taggeldpflichtversicherung besteht nur für Männer über 21 Jahren. Frauen, die, ohne einer eigenen Erwerbstätigkeit nachzugehen, sich auf Taggeld versichert haben, erhalten dieses nur, wenn sie bettlägerig sind.

Eine dem deutschen System entsprechende Regelung wurde oben schon angeführt, das englische Beispiel wird im folgenden noch behandelt werden.

2. In der deutschen und französischen sozialen Krankenversicherung findet sich eine obere Berechnungsgrenze für die Krankengeldgewährung (in beiden Systemen prozentuale Erstattung). Dies entspricht in Deutschland der Grundtendenz, die soziale Krankenversicherung auf den Kreis der (wie auch immer aufgefaßten) schutzbedürftigen Arbeitnehmer zu beschränken, d.h. unter anderem die Versicherungspflicht nur bis zu einem bestimmten Einkommen zu statuieren. Eine Grenze der Versicherungsberechtigung gibt es zur Zeit in Deutschland nicht¹⁾. Der Prozentsatz des Krankengeldes wird also höchstens auf das oberste noch versicherungspflichtige Einkommen angewendet, darin findet sich aber zugleich auch die Beitragsbemessungsgrenze. Letztere verhindert auch - etwa in Frankreich, wo alle Arbeitnehmer ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe versicherungspflichtig sind²⁾ - eine zu große Spannung zwischen den einheitlichen und damit notwendig durchschnittlichen Leistungen³⁾ und dem nach Leistungsfähigkeit bemessenen

1) § 178 RVO ist noch suspendiert. -

2) Sécurité sociale en France, a.a.O. -

3) Diesen Punkt betont besonders das Gutachten: "Neuordnung der sozialen Leistungen...", a.a.O. Nach seiner Auffassung ist in Deutschland durch ständige Erhöhungen der Pflichtgrenze der soziale Ausgleich zu weit getrieben. (Arbeiter waren stets ohne Rücksicht auf ihr Einkommen versicherungspflichtig.)

Beitrag - oder sie soll dies wenigstens tun. Diese Spannung entsteht in Deutschland durch die Zusammenfassung von Sach- und Barleistungen, da letztere sich ja nach der Einkommens- und damit Beitragshöhe richten. Wo darüber hinaus auch die Barleistungen vereinheitlicht sind, wie in England, wird wohl das Beitragsprinzip der Leistungsfähigkeit in seiner proportional-schematischen Form aufgegeben werden müssen, oder zumindest durch eine niedrige Beitragsbemessungsgrenze eine Annäherung an den Einheitsbeitrag erstrebt werden: für einen eng begrenzten Zweck, bei dem eine Beurteilung der Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung noch möglich ist, kann man nicht gleiche Belastungsmaßstäbe anlegen wie für eine allgemeine Besteuerung, der zudem die Quellen nicht zu sehr vorbelastet werden dürfen.

- 3) In der Sozialversicherung ist die Zahlung eines Krankengeldes meist an den Tatbestand der Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit geknüpft, d.h. es muß ein tatsächlicher Verlust der Unterhaltsmittel vorliegen. Dies gilt auch für die Schweiz und Dänemark: nach Art. 12 KUVG braucht grundsätzlich Tagegeld nur bei voller Erwerbsunfähigkeit gewährt werden; die Statuten einer Kasse können jedoch weitergehen "und das Krankengeld auch bei bloß teilweiser Erwerbsunfähigkeit und sogar bei Krankheit ohne eine solche gewähren. In diesem Falle dient auch das Krankengeld der gänzlichen oder teilweisen Bestreitung des Heilungsaufwandes"¹⁾. Das Tagegeld ist für jeden Kalendertag zu entrichten. - In Dänemark besteht die Möglichkeit, daß
- a) bei teilweiser Lohnfortzahlung nur soviel Taggeld bezahlt wird, daß das normale Einkommen nicht überschritten wird,
 - b) bei teilweiser Erwerbsfähigkeit der Kranke kein Tagegeld erhält. Wird das volle Einkommen fortgezahlt, entfällt der Krankengeldanspruch.

1) "Volkswirtschaftder Schweiz", a.a.O. Wo die Heilungskosten ganz oder zum überwiegenden Teil von der Kasse getragen werden, ist unter diesem Aspekt eine solche Regelung natürlich nicht nötig.

Es ist also zu trennen zwischen

1. Krankengeldzahlung bei Fortbestehen der ganzen oder partiellen Arbeitsfähigkeit,
2. bei teilweiser oder voller Lohn- und Gehaltsfortzahlung.

Letzteres kann, allgemeiner gefaßt, als Versorgung auf "andere" Weise bezeichnet werden: die deutsche soziale Krankenversicherung kennt hier die sog. "Ruhenszeiten", während welcher Krankengeld nicht gezahlt wird, obwohl diese Perioden bei der Berechnung der Leistungsdauer seitens der Kassen berücksichtigt werden: bei Lohn- und Gehaltsfortzahlung mindestens in Höhe des Krankengeldes, bei Verbüßung einer Freiheitsstrafe, Untersuchungshaft, Fürsorgeerziehung¹⁾. Andere Ruhenszeiten hängen mit Zwangsmaßnahmen der Kassen zusammen, so bei vorsätzlicher Schädigung der Kasse, bei Nichtbeachtung einer Aufforderung zur vertrauensärztlichen Untersuchung u.a.m.

Aufenthalt in Krankenhäusern gilt in der deutschen Krankenversicherung als Ersatzleistung für Krankengeld, alleinstehende Versicherte beziehen bei Anstaltsaufenthalt lediglich ein geringes Taschengeld, für etwaige Familienangehörige das sog. Hausgeld. In Dänemark erfolgen ebenfalls Abzüge bei Anstaltsaufenthalt²⁾, das holländische System sieht vor, daß auch in diesem Fall an Verheiratete 80% des Grundlohns gezahlt werden, an Ledige jedoch nur 33%.

4. Die Anpassung der Barleistungen an Geldwertveränderungen ist nur für den Fall der längeren Zahlung erforderlich: meist wird der Erstattungsprozentsatz auf den Lohn, der in einem mehr oder weniger langen Zeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit verdient wurde, unter Abzug bestimmter, den Normallohn überhörender Zuschläge angewendet; dieses Krankengeld wird dann für die ganze Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezahlt.

1) §§ 189, 216, RVO. -

2) "Dänisches Fürsorgewesen" (O.Jensen), a.a.O.

In der französischen langfristigen Krankenversicherung, die eine Zahlung für grundsätzlich nicht mehr als drei Jahre vorsieht, im Falle der "réduction professionnelle" auch bis zu vier Jahren, und zwar in Höhe des halben beitragspflichtigen Lohns bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit für Ledige und Verheiratete mit bis zu drei Kindern, für Versicherte mit mehr als drei Unterhaltsberechtigten (außer der Ehefrau) in Höhe von zwei Dritteln dieses Lohnes, kann die monatlich erfolgende Zahlung bei einer allgemeinen Lohn- und Gehaltserhöhung während der Arbeitsunfähigkeit entsprechend angepaßt werden. - In der RVO-Regelung ist es umstritten, ob bei wiederkehrender, intermittierender Arbeitsunfähigkeit aus der gleichen Krankheitsursache das Krankengeld nach dem Lohn bei Eintritt der ersten Arbeitsunfähigkeit oder der jeweils neu beginnenden Arbeitsunfähigkeit zu berechnen sei¹⁾. Daß auch hier die Regelung durch absolute, einheitliche Sätze unelastischer ist als die prozentuale Erstattung, zeigt das britische Beispiel: das ständige Steigen der Lebenshaltungskosten (1950 = 100, 1952 = 119) veranlaßte Lord Beveridge zu der Feststellung: "Die von Zeit zu Zeit vorgenommenen Leistungserhöhungen haben mit den steigenden Kosten nicht Schritt halten können". Rohrbeck zitiert aus dem Bericht des staatlichen Wohlfahrtsamtes, daß Ende 1952 15% der Krankengeldempfänger zusätzlich durch das Wohlfahrtsamt unterstützt werden mußten²⁾.

5. Die Gewährung von Sach- und Barleistungen muß, um nicht etwa das Ziel der ersteren zu gefährden, sowohl nach Leistungsdauer als auch der Höhe nach aufeinander abgestimmt sein. Im Zusammenhang mit einer Selbstbeteiligung an Sachleistungen wird häufig darauf aufmerksam gemacht, daß bei Arbeitsunfähigkeit das Einkommen sich meist erheblich verringert. - Ein Beispiel für die

1) Siehe G. Rode, in "Die Sozialversicherung", a.a.O., 1950/10.

2) Rohrbeck, "Entwicklung der sozialen Sicherheit in England", a.a.O.

Herabsetzung der Kostenbeteiligung an Sachleistungen bei länger dauernden Krankheiten - hier wird das Krankengeld die Bedürfnisse immer weniger befriedigen können - bietet die französische Krankenversicherung, die, unabhängig von der Überweisung in die langfristige Krankenversicherung, vom Beginn des vierten Monats der Krankheit an die Erstattung der Kosten zu 100% des Tarifs statt wie bis zu diesem Zeitpunkt zu 80% vornimmt¹⁾.

Die Möglichkeit, das ganze Krankengeld oder einen Teil hiervon zur Bestreitung von Krankenpflegekosten zu verwenden, findet sich in der oben genannten schweizerischen Regelung²⁾. So kann man sich durch eine höhere Krankengeldversicherung (über die Grenzen siehe oben) zum Teil gegen die Last des Selbstbehalts versichern (KUVG Art. 12, Bundesrechtl. Entscheid Nr. 20).

c) Die Differenzierung der Selbstbeteiligung bei Barleistungen

Eine Differenzierung kommt hier im wesentlichen nur nach 3) der oben genannten Gesichtspunkte³⁾ in Frage: nach wirtschaftlicher und sozialer Stellung der Versicherten, nach Schwere, Art und Dauer der Krankheit und nach politischer Bewährung. Nach Leistungsarten kann hier kaum differenziert werden, da Einkommensausfall ein einheitlicher, nicht strukturierter Schaden ist.

Die Differenzierung nach wirtschaftlicher und sozialer Stellung ist technisch leicht durchzuführen, wo die Kassen das Krankengeld selbst auszahlen und über die für die Differenzierung relevanten Verhältnisse informiert sind (wie in der Regel). - Eine Differenzierung nun, die etwa das proportional nach dem Einkommen bemessene Krankengeld noch weiter differenziert, indem etwa kleinere Einkommen einen höheren Prozentsatz erhalten, fand sich in dem vorliegenden Material nicht. Dies Prinzip ist jedoch in den für alle Versicherten einheitlichen Sätzen, wie sie die britische "National Insurance" kennt, praktisch enthalten. Über andere darin ebenfalls eine Rolle spielende Differenzie-

1) Cl. Michel, a.a.O. Voraussetzung ist, daß die Fortsetzung der Behandlung dem Patienten die Ausübung seines Berufs ermöglicht. - 2) Siehe oben S. 46. - 3) Siehe oben S. 33.

rungsgesichtspunkte gibt die folgende Aufstellung Auskunft: der "sickness benefit", der nur an die Versichertenkategorien 1 und 2 gewährt wird, nahm diese Entwicklung¹⁾

	1946 ^x	1951	1952	1953	
Männer, alleinstehende					
Frauen und Witwen über 18 Jahre	26/-	26/-	32/6	32/6	(sh)
Verheiratete Frauen über 18 Jahre	16/-	16/-	22/-	22/-	
Jungen und Mädchen unter 18 Jahre	15/-	15/-	20/-	20/-	
Erhöhung für einen abhängigen Erwachsenen	16/-	16/-	21/6	21/6	
Erhöhung für das 1. oder einzige Kind	7/6	10/-	10/6	10/6	
für jedes weitere Kind		2/6	2/6	2/6	
x) = Ansatz nach dem "National Insurance Act".					

Die Beträge stellen die wöchentlichen Zahlungen dar. Die Angaben über die Entwicklung dienen zugleich zur Illustration des oben über Geldwertveränderungen Gesagten.

Hingegen findet sich häufiger eine Differenzierung des Erstattungsprozentsatzes nach Art, Schwere und Dauer der Krankheit, vielfach in der oben erwähnten Form der Vorsorge durch verschiedene Institutionen²⁾, die nicht nur unterschiedliche Sachleistungen, sondern auch Barleistungen gewähren. Die schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gewährt z.B. bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des während der Arbeitsunfähigkeit ausfallenden Arbeitsverdienstes einschließlich der regelmäßigen Nebenbezüge³⁾, bei einer Berechnungsobergrenze von Fr. 21.- täglich bis zur Wiederherstellung oder Invalidisierung, die Regelung in der Krankenversicherung wurde oben dargestellt⁴⁾. In der französischen normalen Krankenversicherung erhalten

1) Aus Rohrbeck, "Entwicklung der sozialen Sicherheit in England", a.a.O. - 2) Siehe oben S. 38. - 3) "Volkswirtschaft... der Schweiz", a.a.O., I/760. Über die Gültigkeit der Berechnungsgrenze siehe Fußnote 2) Seite 46. - 4) Siehe S. 45/46.

Versicherte mit mehr als drei Kindern oder Angehörigen (außer der Ehefrau) vom 31. Tage der Arbeitsunfähigkeit an zwei Drittel des Grundlohns (statt wie bis zu diesem Zeitpunkt die Hälfte). Bei einigen deutschen Kassen findet sich die Regelung, daß Ehegatten- und Kinderzuschläge von einer bestimmten Krankheitsdauer ab gewährt werden, oder daß das Krankengeld mit der 7. Woche der Erkrankung auf 60% gesteigert wird u.a.m.¹⁾ Umgekehrt erhalten in der niederländischen Unfallversicherung nach dem Gesetz von 1921 die Versicherten zunächst ein Unfallkrankengeld von 80% des Grundlohns, vom 43. Tage an aber, wenn die Arbeitsfähigkeit noch nicht wiedererlangt ist und auch zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststeht, ob eine dauernde Arbeitsunfähigkeit vorliegt, wird eine vorläufige Rente zum Normalsatz der Vollrente in Höhe von nur 70% des Grundlohns gewährt. In anderen Fällen, in denen die Heilung abzusehen ist, kann das 80%ige Krankengeld auf 6 Monate gewährt werden, um dann ebenfalls auf die Rente von 70% zu sinken²⁾.

Schließlich sei noch ein Beispiel für eine Differenzierung der Barleistungen nach Gesichtspunkten der politischen Einstellung oder nach der Bewährung im Dienste der Produktion aus der Krankenversorgung der UdSSR gebracht (1950)³⁾: Krankengeld wurde vom 1. Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt, und zwar unbegrenzt bis zur Genesung oder Invalidisierung. Wenn der Versicherte an derselben Arbeitsstelle ununterbrochen (d.h. kein Arbeitsplatzwechsel in der Zwischenzeit) 6 Jahre lang tätig gewesen war, hatte das Krankengeld die volle Höhe des bisherigen Einkommens. Bei kürzerer Tätigkeit am gleichen Arbeitsplatz erfolgte eine stufenweise Reduktion bis auf 50% für den Fall, daß der Betreffende weniger als 2 Jahre an seinem jetzigen Arbeitsplatz gewesen war. Arbeiter, die nicht den staatlich kontrollierten Gewerkschaften angehören, konnten nur die Hälfte der Sätze für straffreie Ge-

1) Z.B. bei der AOK Düsseldorf 1953, siehe "Statistik der Ortskrankenkassen....", a.a.O. -

2) "De kleine Gids...", a.a.O. -

3) M. Adler, "Die Sozialversicherung in Rußland", a.a.O.

werkschaftsmitglieder beziehen. Bei freiwilligem Arbeitsplatzwechsel gab es keine Leistungen, wenn nicht schon mindestens 6 Monate an dem neuen Arbeitsplatz gearbeitet wurde. Mütter erhielten besondere Vergünstigungen, konnten vor allem bei voller Weiterzahlung des Entgelts zu Hause bleiben, wenn ein Kind unter 2 Jahren krank war. Ähnliche Bedingungen, wie oben genannt, galten auch bei den Barleistungen der Wöchnerinnenhilfe.

C. Die Formen der Selbstbeteiligung in zeitlicher und qualitativer Hinsicht

1. Unter "zeitlicher" Selbstbeteiligung ist die Begrenzung der Dauer der Kassenleistungen auf einen in dieser oder jener Weise näher bestimmten Zeitraum zu verstehen, sei es, daß die leistungsfreien Perioden nun vor, zwischen oder hinter den Leistungsperioden liegen, wie z.B. bei der sog. Karenzzeit, bei dem zeitweiligen Aussetzen der Leistungen, die später wieder aufgenommen werden können (bei einigen schweizerischen Kassen) oder bei der "Aussteuerung". Die Tatsache, daß der Versicherte die Kosten (und zwar meist gänzlich) selbst tragen muß, ist hier zeitlich abgegrenzt. Von Beteiligung kann man aber doch noch sprechen, da ja zu gewissen Zeiten die Kasse den eintretenden Schaden übernimmt.

a) Die bedeutsamste Form ist wohl die Begrenzung auf einen bestimmten Zeitraum, nach dessen Ablauf der Versicherte jedenfalls aus der Krankenversicherung keine Leistungen mehr erhalten kann. Die Frage bleibt, ob und in welcher Weise ein anderer Sozialversicherungsträger oder eine andere Institution (öffentliche Hand, private Fürsorge etc.) die Hilfe übernimmt, wenn in Fällen schwerer und langdauernder Krankheiten, für die die normale Leistungsdauer nicht ausreicht, die Betroffenen sich nicht selber helfen können.

Die Leistungsdauer ist in fünf der von uns näher betrachteten Systeme generell begrenzt, jedoch für einzelne Leistungsarten zum Teil mit verschiedener Länge, was sich etwa bei der Wochenhilfe schon aus dem Charakter der "Krankheits"-ursache ergibt. Des weiteren finden

sich verschiedene Kriterien, an denen die Berechnung der Leistungsdauer ansetzt; für Sach- und Barleistungen gelten nicht immer die gleichen Bestimmungen hinsichtlich der Leistungsdauer. So sind Sachleistungen in Deutschland grundsätzlich unbegrenzt zu gewähren, während die Pflichtleistungsdauer bei Barleistungen 26 Wochen beträgt, durch Satzung auf maximal 52 Wochen verlängerbar. Einige Kassen zahlen z.B. Krankengeld für 39 Wochen. Das Ende der Barleistungen bedeutet aber auch das Ende der Kassenmitgliedschaft - während der Arbeitsunfähigkeit ruhen die Beiträge -, was nur durch eine freiwillige Weiterversicherung (§ 313) verhindert werden kann, indem etwa die Fürsorge die Beitragszahlung wieder aufnimmt; sonst enden nach 26 weiteren Wochen auch die Sachleistungen. - Die Berechnung der 26-Wochenfrist für die Barleistungen beginnt mit dem Einsetzen der Arbeitsunfähigkeit. Wird der Versicherte nun gesund, nach einiger Zeit aber wieder arbeitsunfähig, so läuft in der deutschen Krankenversicherung die Frist unter Mitrechnung der ersten Arbeitsunfähigkeit weiter, wenn der erneute Fall auf die gleiche Krankheitsursache zurückzuführen ist. In anderen Fällen beginnt sie neu zu laufen. - Die Tendenz, langfristige Risiken von der Krankenkasse möglichst fernzuhalten, zeigt auch § 188 RVO: in die Satzung kann für chronisch Kranke die Bestimmung aufgenommen werden, daß eine Leistungskürzung für Barleistungen und Krankenhauspflege möglich ist, derart, daß bei wiederholten Leistungen dieser Art - wenn während der letzten 12 Monate mindestens 26 Wochen lang Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt wurde - für jeden in den folgenden 12 Monaten auftretenden Leistungsfall dieser Art die neue Leistung auf 13 Wochen beschränkt werden kann.

- b) Ähnliche Bestimmungen der verschiedensten Art gibt es in den anderen Ländern (außer in England, wo - von bestimmten Ausnahmefällen abgesehen - die Leistungsdauer bei Bar- und Sachleistungen unbegrenzt ist, worauf unten noch einzugehen ist). Die Anwendung des Begriffs

"Selbstbeteiligung" erscheint hier nun wiederum, und zwar noch mehr als bei den Barleistungen problematisch. Obgleich zwar die Kassenleistungen aufhören, ist der Versicherte doch meist nicht sich selber überlassen, sondern wird von einem anderen Sozialversicherungsträger, im schlimmsten Fall von der öffentlichen Fürsorge aufgefangen. Die sozialpolitisch interessante Fragestellung ist also weniger die, was denn der ausgesteuerte Versicherte nun anfangen soll, sondern jene ist viel wichtiger, wie man die - in der Regel schon vorhandenen - Möglichkeiten des Übergangs auf andere Sozialversicherungsträger gestalten soll, so daß vom Standpunkt des Sozialpolitikers ein möglichst guter Erfolg der Bemühungen erreicht wird (Genesung, Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß), vom Standpunkt des Versicherten aber die wirtschaftlich beste und humanste Form der Hilfe gefunden wird. Es kann im Rahmen dieser Arbeit nicht für die verschiedenen Systeme untersucht werden, ob und wie im Anschluß an die Krankenversicherung Vorsorge für weitere Behandlung und wirtschaftliche Hilfe getroffen ist, welche Lasten der Einzelne zu tragen hat - worüber sich generelle Aussagen, die also nicht auf den Einzelfall abgestellt sind, angesichts etwa der komplizierten Rentenregelung, der in das Ermessen der Versicherungsanstalt gestellten Heilverfahren etc. sowieso nicht machen lassen -. Hier sei nur auf einige Besonderheiten der zeitlichen Selbstbeteiligung im Rahmen der Krankenversicherung eingegangen:

- c) Die Berechnung der Leistungsdauer sieht in einigen Ländern folgende Eigenheiten vor: die dänische und die schweizerische soziale Krankenversicherung kennen die Bestimmung, daß für eine bestimmte Zahl von Zeiteinheiten innerhalb eines auf diese oder jene Weise fixierten Zeitraums die Leistungen zu erbringen sind. Die dänischen Kassen müssen ihre Leistungen grundsätzlich während 420 Tagen innerhalb dreier aufeinanderfolgender Kalenderjahre erbringen; für die Tagegeldversicherung ist

dies die versicherbare Höchstleistungsdauer, in der Regel findet man hier Versicherungen für 182 Tage innerhalb 12 aufeinanderfolgenden Monaten¹⁾. Der letzteren Regelung analog sieht das schweizerische KUVG²⁾ eine Mindestleistungsdauer von 180 Tagen innerhalb von 360 aufeinanderfolgenden Tagen vor (bzw. bei einem Selbstbehalt von maximal 25% 270/360 und zur Erlangung höherer Bundeszuschüsse 360/540). In der Schweiz ist dies so zu verstehen, daß von dem Tage, an welchem die Berechnung der Leistungsdauer vorgenommen wird, rückwärts gerechnet (360 Tage), in eben diesem Zeitraum 270 Tage lang (bzw. 180 Tage) Leistungen erbracht sein müssen, gleichgültig wie hoch ihr Geldwert war, ob eine einheitliche Krankheitsursache vorlag oder nicht, bis die Kasse ihre Leistungen einstellen kann. Ist z.B. ein Mitglied vom 1.1.1950 bis 31.5.1950 krank gewesen (= 151 Tage), und wird es ab 1.2.1951 an laufend krank, so steht ihm am 1.2.1951 zunächst noch ein Leistungsanspruch auf 65 Tage zu (bei 180/360), da er von den zurückliegenden 360 Tagen 115 Tage krank war; mit jedem Tag der neuen Krankheitsdauer fällt aber nun ein Tag der alten Krankheitsdauer innerhalb der Rahmenfrist fort, so daß er am 31.5.1951 immer noch 65 Tage beanspruchen darf, die erst von diesem Zeitpunkt an sich mindern. So können die Verfasser schreiben³⁾: "Da aber die meisten Krankheiten weniger als 180 Tage dauern, so ist, dank der Kumulierung beider Bedingungen, der Ausschluß aus der Versicherung infolge Erschöpfung der gesetzlichen Genußberechtigung relativ selten. Er wird sich nur bei außergewöhnlich langer Krankheit und bei außerordentlicher Häufigkeit von Erkrankungen bei einem Mitglied einstellen, somit in Fällen, die sich der Invalidität nähern, wofür die Krankenkassen nicht aufzukommen haben". - Im Vergleich

1)"Beziehungen der Träger der sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft", Monographie des dänischen Zentralverbandes, a.a.O. -

2)Art. 13 KUVG. -

3)"Volkswirtschaft..der Schweiz", a.a.O., I/690. -

zur kalenderjährlich festgesetzten Rahmenfrist ergibt sich: ist diese, wie in Dänemark, drei Jahre, so ist diese Regelung für die Versicherten ungünstiger als die schweizerische, da alle während der letzten drei Kalenderjahre angefallenen Leistungszeiten zusammengerechnet werden. Nur beim Jahreswechsel kann sich dadurch, daß damit die gesamten Leistungszeiten des zurückliegenden Jahres fortfallen, eventuell ein Vorteil ergeben.

Auf die deutsche Regelung, daß bei einheitlichen Krankheitsursachen intermittierende Arbeitsunfähigkeitszeiten zusammengerechnet werden, während sonst bei jeder Arbeitsunfähigkeit die Halbjahresfrist neu zu laufen beginnt, wurde oben schon hingewiesen. Dies gilt gleichermaßen für jene Vorschriften, die man auch zur zeitlichen Selbstbeteiligung rechnen kann, nach welchen die Höhe der Kostenanteile mit dem Zeitablauf variiert¹⁾, oder daß ein absoluter oder Höchstzuschuß für eine bestimmte Leistungsart nur für einen gewissen Zeitraum gilt und etwa im nächsten Jahr wieder in der gleichen Höhe gewährt wird²⁾.

In Dänemark, um nur ein Beispiel zu nennen, wird mit dem Ablauf der Leistungsdauer der Versicherte automatisch zu einem Passivmitglied, hat keinen Leistungsanspruch aus der Krankenversicherung mehr. Wird er später durch ein Arztzeugnis wieder für arbeitsfähig erklärt, so kann er wieder als aktives, genußberechtigtes Mitglied aufgenommen werden. Kann er die "fortgesetzte Krankenunterstützung" nicht erhalten³⁾, so kann er 12 Monate nach dem letzten Leistungsbezug trotz weiterer Krankheit wieder aktives Mitglied mit Leistungsberechtigung werden. - Hier findet sich auch eine intermittierende, d.h. nur für einen bestimmten Zeitraum aussetzende Leistungsgewährung in der Form, daß zwar

1) Siehe oben S. 25. -

2) Z.B. bei der AOK Bad Bramstedt 1953: für Hilfsmittel ein Zuschuß von 50%, Höchstbetrag DM -.30 innerhalb von 12 Monaten. -

3) Jensen, "Dänisches Fürsorgewesen", a.a.O.

"die Kopenhagener Krankenkassen ihre Beihilfe (Krankengeld) in 26 aufeinanderfolgenden Wochen leisten, es hingegen bei den anderen Krankenkassen üblich ist, daß nach den ersten 13 Wochen Tagegeldbezug eine Frist von 13 Wochen eingehalten wird, bis wieder Barleistungen gewährt werden¹⁾.

Die Leistungsdauer kann nur da als Kriterium für die Belastung der Versicherung angewendet werden, wo die Leistungen im Zeitablauf einen mehr oder weniger kontinuierlichen Verlauf zeigen: Arzthilfe, Anstaltspflege, Krankengeld. Abgesehen davon, daß die Begrenzung der Leistungsdauer sich in der Regel auf alle Leistungen zugleich bezieht, eignen sich bestimmte Einzelleistungen weniger für eine zeitliche Abgrenzung in diesem Sinne, weshalb die eben genannten Leistungsarten auch stets als Kriterium für die Errechnung der Leistungsdauer für alle Leistungen benutzt werden: diese letzteren Leistungen sind z.B. Heil- und Hilfsmittel, die nur einmal oder sehr selten gewährt werden müssen, wie Brillen, orthopädische Apparate etc. Hier findet sich denn in der Regel auch nur eine prozentuale Kostenbeteiligung oder ein absoluter Höchstbetrag im Einzelfall oder je Periode, letzteres um eine Kumulierung solcher Leistungen in relativ kurzer Zeit zu verhindern.

d) In einer großen Zahl von Krankenversicherungen ist eine Nichtleistungszeit dem Leistungsbeginn vorgelagert, und zwar in zwei Formen:

1. Anwartschaftsbedingungen oder Wartefristen
2. Karenzzeit.

Beide Arten zielen vornehmlich auf den Schutz der Kassen bzw. der in die Versicherungsgemeinschaft aufgenommenen Mitglieder gegen das Eindringen unerwünschter Risiken ab: wo etwa die Mitgliedschaftsberechtigung in der sozialen Krankenversicherung vom Bestehen eines

1) Jensen, "Dänisches Fürsorgewesen", a.a.O.

Arbeitsverhältnisses abhängt, soll durch eine Wartefrist verhindert werden, daß nichtversicherungs-berechtigte Personen durch ein kurzes Scheinarbeitsverhältnis die Mitgliedschaft erwerben können und damit Anspruch auf Leistungen, die in keinem Verhältnis zu ihren Beiträgen (bei freiwilliger Weiterversicherung in der niedrigsten Gruppe) stehen.

In der Schweiz begründet man die Wartefrist auch damit, daß sie "der Kasse einen gewissen Schutz gegenüber der Unvollkommenheit einer allfälligen ärztlichen Eintrittsuntersuchung" bieten solle¹⁾. Die Kassen können ja im Statut die Aufnahme vom Nachweis guter Gesundheit abhängig machen, also etwa davon, daß bei Aufnahme keine akute Erkrankung vorliegt; ein Irrtum der Ärzte befreit sie aber nicht von ihrer Leistungspflicht, außer für die Wartefrist von maximal 3 Monaten in der Versicherung nach KUVG, und abgesehen von satzungsmäßig ausgeschlossenen Krankheiten. (Nur solche, die eine Invalidität nachweislich mit sich bringen, wie Blindheit, Irrsinn, etc.)²⁾

In der dänischen sozialen Krankenversicherung gibt es folgende Anwartschaftsbedingungen:

1. Wartezeit von 6 Wochen nach Aufnahme in die Versicherung, bei Wohnsitzveränderung Überweisung an die zuständige Kasse ohne Rücksicht auf Alter, Gesundheitszustand und ohne Wartefrist. (Analog der "Freizügigkeit" im schweiz. KUVG³⁾).
2. Aufnahmealter mindestens 14 (da die Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres in die Elternversicherung eingeschlossen sind, ergibt sich durch die frühere Eintrittsmöglichkeit in praxi ein Fortfall der Wartefrist, die Leistungen können ununterbrochen gewährt werden), höchstens 40 (in Ausnahmefällen 60) Jahre.

1) Volkswirtschaft ... der Schweiz, a.a.O., I/688. -

2) Entscheid Nr. 21 zu Art. 12 KUVG. -

3) Art. 7 KUVG.

3. Generelle Gesundheitsbedingung: jeder wird aufgenommen, der nicht eine akute vorübergehende Krankheit hat und der arbeitsfähig ist, d.h. evtl. trotz einer bestehenden chronischen Krankheit, solange der Betreffende noch in der Lage ist, durch Verrichtung einer Arbeit für eine Drittperson einen bestimmten kleineren Beitrag zum eigenen Unterhalt beizusteuern. Wer nicht aufgenommen werden kann, erhält jedoch von seiner Gemeinde als Sonderfürsorge Leistungen in gleichem Umfang¹⁾.

Bezüglich der Karenzzeit ergeben sich in einigen Systemen folgende Besonderheiten: zum Teil gilt der durch die Karenzzeit bedingte Einkommensausfall nur für kürzere Krankheiten; dauert die Arbeitsunfähigkeit länger, so werden Taggelder für die Karenztage nachbezahlt. Dies ergibt sich folgerichtig aus der Auffassung, daß die Karenzzeit nur der Mißbrauchbekämpfung, dem unnötigen Krankfeiern steuern soll, während bei längeren Erkrankungen ja die Notwendigkeit der Inanspruchnahme erwiesen ist. So zahlt z.B. die französische Arbeitsunfallversicherung, falls auf den Unfall einige Nichtarbeitstage (Sonn- und Feiertage) folgen, das Unfallkrankengeld für diese Tage nur, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als "quinze jours" dauert. Beispielshalber sei auch der "Workmen's compensation act" des nordamerikanischen Staates Vermont angeführt, der eine 7-tägige Karenz bei völliger Arbeitsunfähigkeit durch Unfall vorsieht; dauert diese aber länger als 28 Tage, so wird für die Karenztage das Krankengeld nachgezahlt. In Idaho (USA) ist die Karenzzeit der Unfallversicherung ebenfalls 7 Tage, dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als 4 Wochen, so verkürzt sich die Karenz um 4 Tage (Nachzahlung), für jede weitere Woche um 1 Tag, d.h. dauert die Krankheit länger als 7 Wochen, fällt die Karenzzeit ganz fort.

1) Jensen, "Danisches Fürsorgewesen", a.a.O. -

2) Cleff-Bröcker, "Reformatio in speciis der Sozialversicherung" in: "Die Sozialversicherung, 1948, Heft 20.

In Deutschland ist die Regelung zum Teil verschieden, je nachdem, ob der Arbeitsunfähige der Kranken- oder Unfallversicherung zufällt: Soweit die soziale Krankenversicherung in den ersten 45 Tagen ihre Leistungen für die Unfallverletzten erbringen muß, die Unfallversicherung also nicht, wie bei einer Aufnahme in eine berufs-genossenschaftliche Heilanstalt; die Leistungspflicht sofort übernimmt, gilt die Karenzzeit der Krankenversicherung. Die Berufsgenossenschaften selber behandeln die Frage unterschiedlich, einige gewähren Krankengeld in jedem Fall ohne Karenz, andere haben die Karenztage nur in leichten Fällen, zum Teil haben sie nur für nicht krankenversicherte Personen keine Karenzzeit, zum Teil ist die Regelung wie bei den Krankenkassen. Auch in der Literatur herrscht über die Auslegung der gesetzlichen Vorschriften keine einheitliche Meinung¹⁾.

Bei sog. Fortsetzungsfällen entfällt die Karenzzeit in Deutschland, d.h. bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit als Folge der gleichen Krankheit ist nur bei der erstmaligen Arbeitsunfähigkeit die Karenzzeit anzuwenden²⁾.

Daß auch die gering erscheinende finanzielle Belastung durch die Karenztage bei kumulativem Vorkommen erhebliche Einkommenseinbußen mit sich bringen kann, zeigt folgendes Beispiel³⁾: ist der Taglohn etwa DM 10.- und fallen in einem Monat wegen verschiedener Krankheiten nur 2 mal 3 Tage aus, (Karenzzeiten), so bedeutet dies einen Einkommensausfall von DM 60,-. Wäre für diese Tage Krankengeld (50%) gezahlt worden, so betrüge die Einbuße nur DM 30.-.

2. Schon bei der zeitlich abgegrenzten Form der Selbstbeteiligung konnten nur einige Fragen herausgegriffen werden. Noch mehr gilt dies für die "qualitative" Kostenbeteiligung, d.h. für Nichtgewährung einzelner Leistungsarten durch die Krankenversicherung: ihre Probleme lie-

1) Cleff-Bröcker, a.a.O. und H.Müller, in: "Die Sozialversicherung", 1950/11. -

2) "Soziale Sicherheit", 1953/8-9. -

3) Cleff-Bröcker, a.a.O.

gen nicht so sehr in den Formen, als vielmehr in der Technik der Durchführung (siehe unten S.115), zum anderen in der Frage, nach welchen Gesichtspunkten denn nun der Ausschluß bestimmter Leistungsarten von der Leistungspflicht der Kassen vorgenommen wird: d.h. nach gegenwärtigem Stand, Entwicklungstendenzen und erstrebenswerten Zielen in der Leistungsstruktur, eine Frage, die auch die anderen Formen der Selbstbeteiligung betrifft, die aber den Rahmen dieser Arbeit überschreitet, die sich nur mit den wirtschaftlichen Aspekten der Leistungs differenzierung befassen soll. -

III. Die Kostenbeteiligung und das Verhältnis Ärzte-Kassen-Versicherte

A. Überblick über die Spannungen im Verhältnis Ärzte-Kassen und die Forderungen beider Seiten.

Es gibt so etwas wie einen "klassischen" Codex der Forderungen der Ärzte in der Literatur über die Arztfrage in der sozialen Krankenversicherung, vor allem soweit sie vom ärztlichen Standpunkt aus geschrieben ist. Diese Forderungen werden meist abgeleitet aus dem "Berufsbild" des Arztes, das "das gleiche" geblieben ist, seit es Ärzte gibt. Es ist der Dienst am kranken Menschen und die Arbeit in der ärztlichen Forschung¹⁾. Auf wesentliche Punkte, die in diesen Forderungen enthalten sind, kann nach Meinung der Ärzte nicht verzichtet werden. So enthält der Codex des französischen Ärztepflichtengesetzes vom 27.6.1947 in Art. 4 und 5 die "traditionellen Grundsätze der französischen Heilkunde"²⁾: Die ärztliche Schweigepflicht (Wahrung des Berufsgeheimnisses), freie Arztwahl der Versicherten (das Verhältnis Arzt-Patient muß vor allem ein Vertrauensverhältnis sein), Ungebundenheit bei der Verordnung von Heilmitteln (das ärztliche Gewissen allein entscheidet) und schließlich die persönliche Verständigung zwischen Arzt und Patient über die Honorarhöhe und die direkte Bezahlung durch den Patienten, was mit Einzelleistungshonorierung verknüpft ist (entente directe).

1) Bosch, "Patient-Arzt-Kasse", a.a.O., S. 14 ff. -

2) Doublet, "Die Stellung des Arztes im französischen System..", a.a.O.

Prof. Petrilli formuliert diese Forderungen als Vertreter der Sozialversicherung in etwas anderer Akzentuierung (z.B. "Angemessene Honorierung der ärztlichen Arbeit ohne irgendwelche Berücksichtigung wirtschaftlicher Erfordernisse"¹⁾), um dann die Lage der Krankenkassen diesen Forderungen gegenüber wie folgt anzudeuten:

1. Die Kassen müssen die Forderungen der Arbeitnehmer bezüglich einer möglichst guten Behandlung erfüllen.
2. Sie müssen den Forderungen der Ärzte Rechnung tragen, die auf Bewahrung jener Rechte dringen, auf deren Grundlagen das Berufsverhältnis des Arztes zu seinem Patienten beruht.
3. Sie müssen die Ausgaben in den Grenzen der Beitragseinnahmen oder des Budgets zu halten versuchen.

Die Zwangslage, in die - wie sich hieraus schon ergibt - die Krankenkassen durch die Notwendigkeit zu finanziellem Ausgleich häufig gebracht werden, läßt eine Befriedigung aller Wünsche der Versicherten und Ärzte meist nicht zu. Selbst Hadrich, der ehemalige Geschäftsführer des Verbands der Ärzte Deutschlands kommt in seiner Untersuchung des Problems²⁾ zu dem Ergebnis, daß an den brennenden Problemen der deutschen sozialen Krankenversicherung nicht die Kassen schuld sind, "sondern die Stellen, die entweder nicht handeln können oder wollen", d.h. der Gesetzgeber und die Behörden. Man habe sich daran gewöhnt, die Kassen zu einem Mädchen für alles zu machen, so daß hier die Frage der Ausgabenbegrenzung besonders drängend und unglücklicherweise in Deutschland in einer für die Ärzte äußerst ungünstigen Art geregelt worden sei.

Die Probleme, die hier in Anlehnung an die ausgedehnte Literatur über dieses Gebiet in vielleicht nicht allzu tiefeschürfender Weise dargestellt wurden, sind der Rahmen für die folgenden Betrachtungen. Man hat diese Fragen in

1) Petrilli, "Vergleichende Übersicht...", in: "Die Beziehungen der Träger der sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft", a.a.O. -

2) Hadrich, "Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung", ihre soziologischen und wirtschaftl. Probleme, a.a.O., S.209 ff.

den verschiedenen Ländern in sehr unterschiedlicher Weise zu lösen versucht, wobei in dem einen Land die Ärzte ihre Forderungen weitgehend durchsetzen konnten, während sie in anderen fast ganz in die Abhängigkeit der Kassen geraten sind. Warum und wieso, ist in dieser Arbeit auch nur andeutungsweise nicht zu klären.

B. Die Arten der Selbstbeteiligung in ihrer Beziehung zur Stellung der Ärzte im System der sozialen Sicherheit.

Unter diesem Gesichtspunkt sei die Selbstbeteiligung zunächst danach eingeteilt, welchen Einfluß die Ärzte auf die Leistungsgewährung der Kassen und damit in einem mehr oder weniger strengen Sinne auch auf die Kostenbeteiligung der Versicherten nehmen können:

- a) Die Selbstbeteiligung der Versicherten wird gesetzlich oder durch Kassensatzung festgelegt; d.h. ein Einfluß der Ärzte ist, wenn das Gesetz z.B. eine Beteiligung von 10 oder 20% an allen Kassenleistungen vorschreibt, nur in der Form gegeben, daß die Zahl der verordneten bzw. vom Arzt angewendeten Leistungen deren Gesamtwert und damit auch die Selbstbeteiligung bestimmt.
- b) Den Ärzten kann in der sozialen Krankenversicherung jedoch auch die Funktion zufallen, über die Gewährung von Kassenleistungen an die Versicherten zu entscheiden¹⁾. Diese Entscheidung kann die von ihnen selbst erbrachten, also die ärztlichen Leistungen im eigentlichen Sinne betreffen oder aber solche Sachleistungen, die von ihnen zwar verordnet, nicht aber geliefert werden: Arzneien, Brillen etc., und schließlich auch Barleistungen. - Die ärztliche Entscheidung kann von einer anderen Instanz, etwa dem Vertrauensarzt der Kasse kontrolliert werden oder aber völlig den Ärzten überlassen sein.
- c) In den vorgenannten Fällen wurde vor allem die Entscheidung über Art und Umfang der Leistungen ins Auge gefaßt, unter bestimmten Voraussetzungen können die Ärzte jedoch

1) Verweigert der Arzt eine Leistung, ist eine echte Selbstbeteiligung nur gegeben, wenn sich der Versicherte die Leistungen nun auf eigene Kosten beschafft oder beschaffen muß.

auch Einfluß auf die Preise der speziell ärztlichen Dienstleistungen nehmen, z.B. auf das Honorar für eine Konsultation oder einen Hausbesuch; während in diesem Falle - und zwar im Rückerstattungssystem mit festen Kassenerstattungstarifen (siehe unten) - der Anteil der Versicherten zum Teil durch das Verhalten der Ärzte empfindlich erhöht werden kann, hat schließlich der Arzt auch einen Einfluß etwa auf die Preise der an die sozialversicherten Patienten zu liefernden Arzneien, indem er die Wahl treffen kann zwischen Heilmitteln gleicher Wirksamkeit, aber unterschiedlicher Preise; üblicherweise trifft die Hauptlast der verordnenden Tätigkeit jedoch die Kassen. - Die hier genannten Möglichkeiten, wie die Ärzte in das Verfahren der Leistungsgewährung und damit auch der Kostenbeteiligung eingeschaltet sind, seien im folgenden auf ihre Bedeutung für die Stellung der Ärzteschaft im Krankenversicherungssystem untersucht. Dabei sollen als Maßstab zunächst die oben genannten Forderungen der Ärzte im Auge behalten und festgestellt werden, ob durch die - wie sich zeigen wird - zum Teil nicht zu umgehende Einschaltung in Verbindung mit der Spannung im Verhältnis Ärzte-Kassen einzelne der Forderungen in besonderer Weise gefährdet erscheinen.

C. Die Entscheidung der Ärzte über Sachleistungen, die nicht in ihrer eigenen Tätigkeit bestehen

1. Die Entscheidung, welche Instanz über die Gewährung von Leistungen wie Arznei, Heil- und Stärkemittel, Krankenhauspflege oder Krankengeld bestimmen soll, ist insbesondere zwischen die Forderung der Ärzte nach Freiheit der Therapie und Wahrung des Berufsgeheimnisses, und die Forderung der Kassen nach Begrenzung der therapeutischen Maßnahmen auf ein unumgänglich notwendiges Maß gestellt. Die Kassen wenden sich gegen eine radikale Verwirklichung der ärztlichen Forderungen, nicht zuletzt, weil sie (dies gilt wenigstens für eine Konstruktion wie die deutsche reichsgesetzliche Krankenversicherung) mit einer gewissen Notwendigkeit sich einem betriebswirtschaftlichen

Rationalismus hingeben müssen¹⁾, der, da die Einnahmequellen meist streng fixiert und relativ unelastisch sind, sich besonders auf die Ausgabenseite konzentriert: die Tendenz zur Aufhebung des Berufsgeheimnisses ist dabei nur eine Bedingung, um die Einhaltung der die therapeutische Freiheit beschränkenden Maßnahmen kontrollieren zu können.

2. Die gleich näher zu bezeichnende Stellung des Arztes bei der Entscheidung über diese Art von Leistungen bringt nun eine Reihe von Versuchen und Maßnahmen der Kassen mit sich (und entsprechende Gegenbemühungen der Ärzte), die Ärzte dem Willen der Kassen mehr oder weniger zu unterwerfen. Folgende Maßnahmen kennzeichnen zum Teil die verschiedenen Positionen, die sich im Spannungsfeld Ärzte-Kassen so ergeben können:

a) Es erscheint unumgänglich, daß ein Arzt, d.h. ein Fachmann in medizinischen Dingen, über die Gewährung dieser Leistungen entscheidet. Sie stellen ja in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle einen integrierenden Bestandteil der Therapie dar. Der Arzt kommt einerseits ohne diese Hilfsmittel nicht aus, andererseits muß er auch im Rahmen der jeweils von ihm für richtig gehaltenen Therapie über die erforderlichen Heilmittel entscheiden können. Inwieweit sich mehr oder weniger objektive Maßstäbe, d.h. solche, die unabhängig von der Auffassung des betreffenden Arztes die Therapie festlegen lassen, finden lassen, mag von ärztlicher Seite erörtert werden.

Die Kassen bzw. der Gesetzgeber setzen deshalb mit ihren Maßnahmen zum Teil direkt am Arztsystem an, d.h. an der Organisation der ärztlichen Dienste. Die beiden extremen Arztsysteme sind unter dem hier relevanten Gesichtspunkt:

1. die sog. individualistische Arztpraxis ohne jede Beschränkung, von dem üblichen gesetzlichen Rahmen abgesehen (z.B. Strafgesetze),
2. die Organisation der ärztlichen Dienste in kasseneigenen Ambulatorien, Krankenhäusern und Gesund-

1) Zwiedineck-Südenhorst, "Rationalismus und Sozialpolitik im kassenärztlichen Dienste", a.a.O. - Näheres siehe unten S. 94.

heitszentren.

Dazwischen liegen Formen wie "freie Arztwahl unter einem beschränkten, zugelassenen Kreis von Ärzten", die sog. organisiert-freie Arztwahl u.a.m. Diese Maßnahmen zielen im Extrem darauf ab, die Ärzte in direkte Abhängigkeit von den Kassen zu bringen, sie zu festbesoldeten, in kasseneigenen Einrichtungen tätigen Funktionären der Kassen zu machen, die zwar wie jeder "freie" Arzt in eigener Verantwortung und nach bestem Können die Versicherten zu behandeln haben, andererseits aber doch bezüglich der Sachleistungen

1. der vereinheitlichenden Tendenz größerer Institute hinsichtlich der Art der verbrauchten Medikamente unterliegen dürften,
2. der straffen Leitung von als besonders qualifiziert bekannten Gutachtern unterliegen,
3. als Angestellte der Kassen vielleicht weniger zu Experimenten auf Kassenkosten geneigt sind; die Schulung zur wirtschaftlichen Arzneiverwendung, die Schlagkraft der Kontrolle durch Kollegen oder Anstaltsapotheker ist zudem besser möglich.

Dieses System findet sich, aus hier nicht weiter zu erörternden Gründen, vor allem in den wirtschaftlich erst im Aufstieg begriffenen Ländern z.B. Südamerikas mit ihrer zum Teil noch unentwickelten Sozialversicherung. In den europäischen Ländern, insbesondere in den von uns näher untersuchten, haben die Kassen zwar auch eigene Gesundheitseinrichtungen, jedoch meist nur in geringerem Ausmaß. Abgesehen davon, daß sie sich nur dort rentieren, wo die soziale Krankenversicherung nicht auf einer zum Teil sehr großen Zahl kleiner und kleinster Kassen aufbaut, die ängstlich auf ihre Selbständigkeit bedacht sind (Schweiz), sind solche Einrichtungen etwa in Deutschland vor allem in Zeiten entstanden, in denen sich die Kassen in offenem Kampfe mit den Ärzten befanden, so etwa während der Berliner Ärztestreiks nach beiden Weltkriegen. Der Geschäftsführer des Hauptverbandes der Krankenkassen in den 20er Jahren, Helmut Lehmann, bezeichnete dieses

Mittel ausdrücklich als eine geeignete Kampfmaßnahme gegen die rückständigen, auf ihrem individualistischen Prinzip beharrenden Ärzte¹⁾. Im allgemeinen haben aber die Kassen, soweit sie überhaupt hiernach strebten, den Grundsatz der freien Praxis nicht brechen können und mußten daher zu anderen Maßnahmen schreiten.

b) Unter diesen anderen Maßnahmen, die in umfassender Weise etwa in der Arbeit von Gisela Augustin²⁾ behandelt werden, ist in diesem Abschnitt die Gesamtheit jener Maßnahmen zu erwähnen, die den Arzt bezüglich der Verordnung von Sachleistungen im voraus oder nachträglich finanziell oder auf andere Weise verantwortlich machen wollen, vor allem:

1. Der Vertrauensarzt der Kassen, der bestimmte Handlungen und Verordnungen der Ärzte nachzuprüfen hat (bzw. Vertrauensapotheker). Er hat u.U. auch die Genehmigung für "bedingte" Leistungen vorher zu erteilen, soweit nicht andere Kassenorgane hierfür zuständig sind.
2. Ausdrückliche, ins einzelne gehende Vorschriften für die ärztliche Verordnung, z.B. die sog. Arzneiverordnungsbücher und -listen.
3. Die nachträgliche Überprüfung der Verordnungsweise der einzelnen Ärzte nach verschiedenen Maßstäben, meist mehr oder weniger pauschal.
4. Als Instanz, die in ihrer richterlichen Funktion über den sich aus den genannten Maßnahmen ergebenden Streitfragen steht, für die Stellung der Ärzte aber doch eine große Bedeutung besitzt, ist die Spruchgerichtsbarkeit für Ärzte und Kassen zu erwähnen.

Die sog. freie Praxis vorausgesetzt, sind in der Regel die Ärzte in allen Ländern, wenn auch in unterschiedlichem Maße, einer oder allen diesen Maßnahmen ausgesetzt. Da die Kassen die sich aus verschiedenen Gründen in fast allen

1) Lehmann, "Die Kassenarztfrage in Deutschland", a.a.O. -

2) Augustin, "Die Arztfrage in der deutschen und ausländischen sozialen Krankenversicherung", a.a.O.

Ländern steigenden Kosten etwa für Arzneien eindämmen wollen und müssen, sich ihnen neben der Möglichkeit, die Preise direkt bei den Herstellern oder indirekt bei den Apothekern (Rabatt auf Kassenlieferungen) zu beeinflussen, hierfür nur der Ansatz bei den Versicherten und den Ärzten bietet, so sehen sich die letzteren angesichts ihrer, aus sachlichen Gründen gar nicht zu umgehenden Stellung als Sachwalter des Kassenvermögens ständig in der Freiheit ihrer therapeutischen Maßnahmen bedrängt. Inwieweit die Kassen sich durchsetzen können, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, z.B. der bisherigen Entwicklung des Verhältnisses und damit der Ausgangsstellung der beiden Parteien, ihrer Organisation, Einfluß auf die Öffentlichkeit und den Gesetzgeber, u.a.m. ab.

Die Stellung der Ärzteschaft läßt sich nun nicht aus isoliert betrachteten Einzelregelungen, sondern nur bei Betrachtung der Gesamtheit der (wenigstens wichtigsten) Beziehungen erkennen; auf die Probleme, Vor- und Nachteile der einzelnen Maßnahmen kann in dieser Arbeit nicht eingegangen werden, diese sind zudem schon oft und gründlich beschrieben¹⁾.

Einzelne Fragen seien im folgenden kurz angeschnitten:

- a) Eine völlige Verordnungsfreiheit der Ärzte, derart, daß es keinerlei gesetzliche oder Satzungsbestimmungen über die Verordnungsweise gäbe, ist in keiner sozialen Krankenversicherung zu finden. Die Leistungen der Kassen sind
 - 1. in der Regel in Pflicht- und freiwillige Leistungen eingeteilt (außer in England, wo die Einheitlichkeit des Systems, das Nichtbestehen mehr oder weniger selbständiger Kassen die freiwilligen Leistungen ausschließt); bei letzteren - hierzu gehören z.B. evtl. teure Medikamente, Hilfsmittel wie Körperersatzstücke u.a.m. - ist häufig die vorherige Genehmigung der Kasse einzuholen. Die freiwilligen Leistungen können,

¹⁾ Siehe z.B. Augustin, "Die Arztfrage ..", a.a.O. - und Hadrich, "Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung", a.a.O.

einmal in die Satzung aufgenommen, zu Pflichtleistungen werden, oder aber auf den Einzelfall begrenzt bleiben, wobei neben medizinischen und sozialen Erwägungen auch die Finanzlage der Kasse die Entscheidung beeinflussen können.

2. Eine andere Beschränkung der Ärzte, auf Kassenkosten verordnen zu dürfen - zu Lasten der Patienten ist es natürlich stets erlaubt -, besteht in allgemeinen Vorschriften, die die bekannte Forderung aufstellen, daß sich die ärztliche Verordnungsweise unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Behandlungsweise auf das "Notwendige" zu beschränken habe¹⁾.

b) Aus organisatorisch-technischen Gründen ergibt sich die Tendenz, die sehr häufig vorkommenden, kleinere Ausgaben verursachenden Leistungen, wie die Mehrzahl der Medikamente, Verbandmittel, Bestrahlungen etc. der freien Entscheidung des Arztes zunächst zu überlassen und nur nachträglich eventuell eine Prüfung seiner Tätigkeit vorzunehmen. Bei teuren und relativ selten vorkommenden Leistungen wird die vorherige Genehmigung oder die kurz darauf einsetzende und daher relativ schlagkräftige Kontrolle (Nachuntersuchung) durch den Vertrauensarzt vorgezogen. Bei nur bezuschußten Leistungen ist die vorherige Kontrolle dort vor allem notwendig, wo auch dieser Zuschuß nach dem Prinzip der Naturalleistung gewährt, d.h. direkt an den Lieferanten gezahlt wird: der Lieferant muß ja wissen, ob die Kasse ihm den Grundbetrag etwa für Brillen auch zahlen wird.

c) Arzneiverordnungslisten, die alle jene Medikamente enthalten, deren Kosten die Kassen übernehmen, gibt es heute nur noch in genereller Form, d.h. die Listen sind für den ganzen Bereich des betreffenden Landes gültig und werden in Zusammenarbeit mit öffentlichen und halb-öffentlichen Stellen festgesetzt. Die in Deutschland bis Anfang der 30er Jahre übliche Praxis, daß jede Kasse

1) Z.B. "Bestimmungen über wirtschaftliche Arzneiverordnung in der Krankenversicherung", vom 24.8.1935; siehe auch Einsele, a.a.O.

ihre eigene Liste hatte - wobei die Kassen und Kassenverbände noch nicht einmal nach dem Regionalprinzip organisiert waren, so daß Überschneidungen bei dem einzelnen Arzt möglich waren -, hat sich naturgemäß schlecht bewährt. Die Listen waren zudem teils positiv, teils negativ, d.h. sie enthielten nur die erlaubten oder nur die verbotenen Arzneien¹⁾.

- d) Die nachträgliche Kontrolle ist meist mit der Möglichkeit verbunden, daß die Kassen die Ärzte relativ kurzfristig für Verstöße gegen die Vorschriften haftbar machen können. Das Honorarsystem spielt dabei eine Rolle: die Zahlung der Regressumme erfolgt ja am einfachsten durch Abzug vom an den Arzt zu zahlenden Honorar. - Die pauschale Nachprüfung, wie sie in Deutschland üblich ist, läßt zwar für den Einzelfall u.U. eine größere Freiheit zu als eine Nachprüfung jeden einzelnen Falles oder auch sehr begrenzte Arzneilisten. In Deutschland gibt es allerdings den "Reichsvertrag über den Regelbetrag" und daneben noch die "Bestimmungen über wirtschaftliche Verordnungsweise", nach welcher der Arzt der Kasse auch dann für schuldhaft verursachten Schaden haftet, wenn er den Regelbetrag nicht überschreitet, z.B. wenn er besonders teure Heilmittel verschreibt, wo billigere den gleichen Dienst täten. Es greifen also u.U. individuelle und pauschale Prüfung ineinander²⁾.

- e) Eine Sonderstellung in unserem Zusammenhang - schon weil es sich um Bar- statt um Sachleistungen handelt - nimmt die Entscheidungsbefugnis der Ärzte über die Gewährung von Krankengeld etc. ein, erstens weil hier der ärztliche Befund nur eine Komponente der Entscheidung ist, zweitens die Entscheidung über die Arbeitsunfähigkeit in einer mehr peripheren Beziehung zur Forderung nach Freiheit der Therapie zu stehen scheint, so daß die Ärzte die Trennung zum Teil fordern, die in Holland bereits durchgeführt ist und an anderer Stelle erwogen wird.

1) Augustin, "Die Arztfrage...", a.a.O., S. 73. -

2) Einsele, "Wirtschaftliche Arzneiverordnung ...", a.a.O.

Die Regelung in den Niederlanden sah folgendermaßen aus¹⁾: die wirtschaftliche Hilfe (Barleistungen) wird, getrennt von der medizinischen Hilfe durch die anerkannten Berufsvereinigungen (gemeinsame Organisation von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, auch von beiden gemeinsam finanziert) und die Krankenkassen des Arbeitsrats (eine Art Selbstverwaltungsorgan aus Arbeitgebern, Arbeitnehmern und je einem Präsidenten, die, zum Teil im Auftrage der Staatsversicherungsbank, auf verschiedenen Gebieten der Sozialversicherung Aufgaben zu erfüllen haben) für jene Arbeitnehmer, die keiner Berufsvereinigung angehören, gewährt. Die Arbeitsunfähigkeit wird nicht durch die behandelnden praktischen Ärzte, sondern durch eine besondere Organisation von Amts- (Kontroll-) Ärzten festgestellt, die auch auf dem Gebiet der Unfallversicherung, der Invalidisierung und der Prävention gewisse Aufgaben haben. Soweit diese Ärzte zur Organisation der Arbeitsräte gehören, beschäftigen sie sich vor allem mit der Frage der Arbeitsunfähigkeit in der Krankengeldversicherung ("Ziektewet") und der Invalidenversicherung. - Das Gutachten zur "Neuordnung der sozialen Leistungen"²⁾ schlägt einen unabhängigen, regional zuständigen ärztlichen Dienst für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und andere Aufgaben vor, der weder Behandlung ausübt noch im Auftrage der Kassen kontrolliert, von letzteren vielmehr unabhängig ist und für alle Sozialversicherungsträger einheitlich zuständig ist. Betont wird besonders die Unabhängigkeit dieser Ärzte und auch die einer besonderen Qualifikation, die nicht nur medizinische Kenntnisse, sondern auch solche des Sozialversicherungsrechts und der wirtschaftlichen Begleitumstände (Art des Berufs etc.) umfaßt. - Augustin wies schon 1930 auf die oft schwierigen Probleme hin, denen sich der behandelnde Arzt bei der Entscheidung über die Arbeitsunfähigkeit gegenübersteht: in vielen Grenzfällen spielen die subjektiven Angaben des Patienten eine erhebliche Rolle,

1) "Beziehungen zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit und der Ärzteschaft", a.a.O. und "Die Sozialversicherung in den Niederlanden", mitgeteilt von der Reichsversicherungsbank, a.a.O. - 2) "Neuordnung der sozialen Leistungen", a.a.O.

die objektive, eindeutige Feststellung des Krankheitszustandes ist oft schwer¹⁾. Dem Arzt sind zudem die Erwerbsbedingungen nur mangelhaft bekannt; vor allem aber werde - wie übrigens auch bei Entscheidungen über die Gewährung von Sachleistungen auf Kassenkosten - häufig das Verhältnis Arzt-Patient gefährdet, wenn, wie in der einschlägigen Literatur oft mit großem Farbaufwand geschildert, der Versicherte, der ja alle Leistungen kostenlos erhält, mit Wünschen und Forderungen zum Arzt kommt, die dieser nicht befriedigen kann oder mit dem Hinweis ablehnt, das zahle die Kasse nicht. Dies ist nur die andere Seite der Doppelstellung des Arztes, der zugleich Helfer der Kranken und Sachwalter des Kassenvermögens sein soll. - Das Verhältnis Arzt-Patient kann auch durch abweichende Diagnosen des Vertrauensarztes beeinträchtigt werden. Schließlich kommen von Seiten der Patienten selbst die Tätigkeit des Arztes behindernde Einflüsse, wenn, wie Augustin aus den 20er Jahren berichtet, der Versicherte sowohl den behandelnden wie den Vertrauensarzt, die nicht krankschreiben wollten, am Leben bedrohte oder aus Rache die Einrichtung im Sprechzimmer zerschlug²⁾. Das dürften denn aber doch wohl seltene Ausnahmen sein.

Diesen, vor allem von ärztlicher Seite vorgebrachten Bedenken nicht nur gegen die Gutachtertätigkeit des behandelnden Arztes bei Arbeitsunfähigkeit, sondern gegen jede ungebührliche Beschränkung der Freiheit der Therapie kann man allerdings die Frage entgegenhalten, ob denn die Ärzte nicht zumindest in jedem Fall die gewünschte Therapie bei Zahlung der Versicherten selbst anordnen können, oder, in der Argumentation der Kassen, ob denn nicht durch die Sozialversicherung erst die allgemeine Anwendung auch komplizierter und teurerer Methoden möglich geworden sei, so daß angesichts dieses Vorteils die Ärzte wohl bereitwillig einige Beschränkungen auf sich nehmen könnten. Der Wunsch der Ärzte, die neuesten oder die für richtig gehaltenen Methoden anzuwenden, der der Versicherten und auch der

1) Augustin, "Arztfrage ...", a.a.O. - 2) Wie 1).

Kassen, eine vollständige Behandlung zu gewähren, und zwar für alle Versicherten ohne Rücksicht auf deren Leistungsfähigkeit verlangt ein Kompromiß - falls man nicht die deutsche Konstruktion der sozialen Krankenversicherung ganz aufgeben will -, in welchem auch eine Selbstbeteiligung der Versicherten, die als geregelte und überschaubare Belastung den Vorrang vor jeder auf das Verhältnis Ärzte-Patienten beschränkten Selbstbeteiligung verdient (also Vorrang der "quantitativen" vor der "qualitativen" Selbstbeteiligung) eine Rolle spielen könnte.

3. Haben wir nun im Vorstehenden versucht, einen Überblick über die gebräuchlichen Maßnahmen zu geben, die eine Folge der Tatsache sind, daß die Ärzte sachlich wie auf Grund ihrer Forderungen die Entscheidung über die Leistungsgewährung weitgehend übernehmen müssen, d.h. daß sie die Bestimmungen des Gesetzes oder der Satzung erst mit Inhalt erfüllen, die tatsächliche Belastung von Versicherten und Kassen zugleich bestimmen müssen, so seien nun noch zwei weitere Punkte angeführt:

a) Die Entscheidung über die Gewährung von Sachleistungen betrifft in wirtschaftlicher Hinsicht vor allem die Lieferanten dieser Dinge, also Apotheker, Optiker, Bandagisten, Krankenhäuser etc. Ein direktes wirtschaftliches Interesse haben die Ärzte eher an den von ihnen selbst erbrachten Dienstleistungen. - Der Versuch, den Umfang der erstgenannten Leistungen einzudämmen¹⁾, kann natürlich nicht nur am Verhältnis Kasse-Arzt, sondern an dem von Lieferant und Versicherten direkt ansetzen, in Form einer prozentualen Kostenbeteiligung oder einer Gebühr. Ein Beispiel möge die Ursache der Befürchtungen illustrieren, die die Lieferanten sich gegen eine Selbstbeteiligung in direkter Form wehren lassen und ein Ansetzen bei der Ärzteschaft für besser bezeichnen (durch Krankenscheingebühr oder die oben genannten Maßnahmen).

1) Damit sind hier nicht die Maßnahmen der Kasse zur Preissenkung gemeint, wie sie oben erwähnt wurden: Rabattverträge etc.

Zur Feststellung der Auswirkungen der Notverordnung vom 27.7.1930 sandte der Hauptverband der Krankenkassen in Deutschland gegen Ende 1930 einen Fragebogen über das Ergebnis des neuen § 182a RVO (Arzneikostenanteil) an 105 ihm angeschlossene Kassen. Die Antwort von 81 dieser Kassen mit 888 344 Mitgliedern konnte verwertet werden. Fast alle Kassen setzten § 182a erst ab 1.9.1930 in Kraft. Sie hatten an die Apotheker für Arzneikosten zu zahlen:

August 1930	RM 495 646.-
September 1930	" 336 311.-
Oktober 1930	" 359 581.-

Es ergab sich also im September eine Ausgabensenkung um 32,2% und im Oktober immerhin noch um 27,4% (gegenüber August). Die durch den Kostenanteil (Verordnungsblattgebühr in Höhe von RM -.50) voll abgegoltenen Rezepte sind in diesen Zahlen zum großen Teil nicht enthalten, jedoch wurde für diese Kassen ihre Bedeutung im Verhältnis zu den Gesamtausgaben für Arznei nicht zu hoch geschätzt.

Das Aufkommen an Verordnungsblattgebühren betrug im September RM 67 050.-, im Oktober RM 68 528.-, was einer prozentualen Belastung der Versicherten an den Arzneikosten, die mehr als RM -.50 pro einzelnes Rezept betrugen, von 19,9% im September und 19% im Oktober entspricht. Eine Begleiterscheinung, die im Zusammenhang mit dem Verhältnis Ärzte-Kassen nicht uninteressant ist, war, daß der durchschnittliche Wert des einzelnen Rezepts stieg:

	<u>Rezeptzahl</u>	<u>Kosten pro Rezept</u>
August 1930	291 764	RM 1.70
September 1930	177 420	" 1.90
Oktober 1930	178 259	" 2.02

Nach dem Kommentar des Kassenverbandes ist dies darauf zurückzuführen, daß viele Ärzte die früher auf mehreren Blättern verordneten Arzneien nun auf einem zusammenfaßten: es wird der Antwortbrief eines Arztes auf den Vorhalt seiner Kasse, daß seine Rezeptkosten im August nur

RM 2.14 betrugen, im Oktober aber auf RM 3.65 gestiegen seien, zitiert: "Die Steigerung der Rezeptkosten mit der neuen Notverordnung wird wohl allenthalben festzustellen sein, da man geradezu gezwungen ist, um die Kranken vor Schaden zu behüten, auf einem Rezept alles zu verschreiben, was man sonst auf zwei Rezepte verteilt hätte". - Das unterschiedliche Verhalten der Ärzte ergab bei einzelnen Kassen. Steigerungen des Rezeptdurchschnitts von 70 bis 80%. Bei einigen Kassen war daher überhaupt kein Rückgang der Arzneikosten zu verzeichnen, so daß die von der Notverordnung angestrebte Beitragssenkung nicht durchgeführt werden konnte¹⁾. Der Einfluß der Ärzte auf die Selbstbeteiligung der Versicherten zeigt sich hier also an einer Stelle, an der ihm der Gesetzgeber offensichtlich nicht einmal einen solchen zugestehen wollte. Aus diesem Grunde lehnt auch das Gutachten der "Gesellschaft für sozialen Fortschritt" eine Verordnungsblattgebühr ab.

- b) Ein früherer Entwurf des Bundesarbeitsministeriums zum Kassenarztrecht²⁾ sah die Möglichkeit vor, daß Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolgs nicht notwendig oder unwirtschaftlich seien, vom Versicherten nicht beansprucht werden könnten, der Kassenarzt sie aber bewirken könne, wenn der Patient sich bereit erklärte, die Kosten hierfür selbst zu tragen. Diese Möglichkeit sollte also nun ausdrücklich im Versicherungsrecht festgehalten werden, offensichtlich in der Absicht, die Stellung der Ärzte gegenüber den "unberechtigten" Forderungen der Patienten zu stärken. Während Lepinsky³⁾ dazu meint, daß damit ein Anreiz für die Ärzte geschaffen würde, die Patienten darauf hinzuweisen, daß noch mehr für sie getan werden könne, wenn er nur selber zahle, damit wiederum - soweit es sich um spezielle ärztliche Dienste handelt - eine Möglichkeit der Einkommenssteigerung für die Ärzte, soll von uns an dieser Stelle nur noch einmal auf das in dieser Diskussion

1) "Deutsche Krankenkasse", a.a.O., 1931, S. 12 - 13. -

2) Bundestagsdrucksache Nr. 3904, 1. Bundestag. -

3) "Soziale Sicherheit", 1953, S.67.

ganz gut zum Ausdruck kommende Problem hingewiesen werden, daß nämlich die obengenannte Sachwalterstellung der Ärzte um so schwierigere Fragen aufwirft, je weniger man ihre Tätigkeit nach eindeutigen Kriterien festlegen kann, je mehr man also formale Kriterien heranziehen muß, vor allem aber, wie nun zu besprechen, wenn das Mißtrauen zwischen Ärzten und Kassen noch durch Einschaltung des wirtschaftlichen Interesses der Ärzte geschürt wird.

D. Die Entscheidung der Ärzte über Sachleistungen, die in Beziehung zu ihrer eigenen Einkommensbildung stehen

1. Die allgemeine Forderung der Ärzte auf angemessene Vergütung ihrer Dienstleistungen seitens der Kassen ist in den einzelnen Ländern ihrem Inhalt nach wesentlich mehr differenziert als die meisten anderen der obengenannten Forderungen: bestehen die französischen Ärzte auf Einzelleistungsbezahlung, persönlicher Verständigung zwischen Arzt und Patient über die Honorarhöhe, damit Ausschaltung des zahlenden Dritten (Kassen), so fordert Haedenkamp für die deutschen Ärzte "Auflockerung des starren Kopfpauschalensystems durch die Herstellung der Gleichberechtigung aller Vergütungsarten und die gerechtere Anpassung des Kopfpauschales an den Grundlohn und an die allgemeinen Wirtschaftsverhältnisse"¹⁾. Die Frage nach den Beziehungen zwischen Kostenbeteiligung und ärztlichem Einkommen kann also im folgenden nur der allgemeinen Forderung (siehe oben) gegenübergestellt werden. Folgende Beziehungen ergeben sich in dieser Hinsicht:

- a) Von der ärztlichen Entscheidung hängt zunächst Gewährung oder Nichtgewährung einer oder aller ärztlichen Dienste auf Kassenkosten ab. Eine negative Entscheidung ist allerdings für die erste Konsultation unmöglich, da diese deren Voraussetzung ist. Im allgemeinen hat der Arzt alle notwendigen und zweckmäßigen Dienste zu verrichten; ist der Kranke darüber anderer Ansicht als der Arzt, so kann er sich entweder die Leistungen auf eigene Kosten verschaffen (bei dem

¹⁾Haedenkamp, "Neuordnung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen", a.a.O.

gleichen oder einem anderen Arzt) oder versuchen, bei einem anderen Kassenarzt mehr Erfolg zu haben. Dem ungerechtfertigten Arztwechsel ist in vielen Systemen durch die nur periodisch erfolgende Ausgabe von Krankenscheinen, durch die für ein ganzes Jahr geltende Einschreibung bei einem Arzt im Kopfpauschalssystem ein Riegel vorgeschoben. In Holland z.B. kann der Versicherte einer allgemeinen Kasse höchstens zweimal im Jahr einen anderen Arzt wählen. Die Kassen können bestimmen, daß er bei Vornahme einer dritten Wahl einen bestimmten Betrag an die Kasse zu zahlen hat¹⁾. Eine u.U. erhebliche finanzielle Beteiligung kann dort auftreten, wo etwa fachärztliche Behandlung von der Überweisung durch einen Praktiker abhängt, diese aber nicht zu erlangen ist und der Versicherte auf seinem Wunsche besteht.

- b) In etwas greifbarer Weise hat der Arzt Einfluß auf den Umfang der Selbstbeteiligung, wenn in Gesetz oder Kassensatzung eine absolut oder relativ bemessene Beteiligung an den Kosten der ärztlichen Behandlung vorgesehen ist, die sich auf alle oder einzelne Verrichtungen bezieht: so, wenn für Besuche oder Konsultationen, für Bestrahlungen und Wegegebühren jeweils fixe Sätze zu entrichten sind²⁾, oder ein Prozentsatz der tatsächlichen oder tariflichen Honorare auf den Versicherten entfällt. Je mehr kostenpflichtige Leistungen der Arzt erbringt, um so höher wird der Versicherte belastet.
- c) Mit den genannten Entscheidungen bestimmt der Arzt - gewisse Vergütungssysteme vorausgesetzt - auch zugleich über sein Einkommen. Dies gilt nicht für alle Formen mehr oder weniger feste Entlohnung: sei es ein festes Monats- oder Jahresgehalt, ein Kopf- oder Fallpauschale oder ein Gesamtpauschale wie in Deutschland (soweit hier nicht die Verteilung nach einem Einzelleistungsschlüssel vorgenommen wird). Werden die ärztlichen Dienste einzeln vergütet, so erhält der Arzt, feste Vertragstarife der Honorierung vor-

1)"Beziehungen zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit und der Ärzteschaft", a.a.O. -

2)Siehe das Beispiel oben auf S. 30.

ausgesetzt, in dem Umfang größere Zahlungen, als er mehr Leistungen erbringt (falls nicht etwa eine absolute Obergrenze je Fall oder insgesamt, oder eine degressive Regelung vorgesehen ist). Haben die Ärzte schließlich das Prinzip der "entente directe", d.h. der Vereinbarung und Zahlung des Entgelts direkt zwischen Arzt und Patient durchsetzen können, so haben sie u.U. die Möglichkeit, die Honorare auch ihrer Höhe nach in gewissen Grenzen selbst zu bestimmen. Da die Kassen im Rückerstattungssystem nur die Sätze eines Erstattungstarifs zu vergüten pflegen, bestimmen die Ärzte, halten sie sich nicht an den Tarif, damit auch den Prozentsatz der Rückerstattung und Selbstbeteiligung.

2. Es sind also zwei Probleme zu trennen:

- a) Entscheidung der Ärzte über Art und Umfang ihrer Dienstleistungen,
- b) über die Höhe der Honorare.

Zu a):

Diese ist im allgemeinen aus der gleichen sachlichen Notwendigkeit wie bei den oben erwähnten Sachleistungen gegeben; das erfordert die ärztliche Tätigkeit schlechthin, ob sie nun in der freien Praxis oder im Kassenambulatorium stattfindet. Einschränkungen finden sich nur bezüglich

- 1. besonders teurerer und komplizierter, eventuell auch unerprobter Verrichtungen,
- 2. im Kampf gegen die sog. "Vielgeschäftigkeit" (Polypragmasie) der Ärzte, die jedoch - wie unten noch auszuführen - nicht ohne Zusammenhang mit dem Vergütungssystem ist.

Man könnte zwischen qualitativen und quantitativen Beschränkungsmaßnahmen unterscheiden: letztere zielen auf Beschränkung der Arztkosten ab durch Beeinflussung der Zahl von Leistungen, ihrer Struktur etc., während erstere die Qualität der ärztlichen Tätigkeit heben wollen, durch Begutachtung der ganzen Tätigkeit eines Arztes, die jedoch meist nur für den Fall als zulässig erachtet wird, daß der

Arzt einen ausgesprochenen Kunstfehler begeht oder sich sonstiger Fehler schuldig macht; hierfür sind meist weniger die Kassen als die Berufsorganisationen zuständig, soweit es sich nicht um nachlässige Behandlung von Kassenpatienten handelt. In der letztgenannten Hinsicht vermögen jedoch quantitative Maßnahmen u.U. nachteilig zu wirken, d.h. die Behandlungsweise der Ärzte in Bezug auf Kassenpatienten zu beeinflussen. Die Beziehung dieser Art von Entscheidungen zur Einkommenserzielung der Ärzte wird unten (S. 87 ff.) noch näher erläutert.

Zu b):

Ob die Ärzte zugleich über die Preise ihrer Leistungen bestimmen können, hängt vom Vergütungssystem ab. Folgende Systeme seien unter diesem Gesichtspunkt unterschieden:

1. Die Vergütung kann vertraglich oder gesetzlich festgelegt sein, oder sie ist den einzelnen Ärzten bzw. ihren Organisationen überlassen, häufig in den Grenzen eines Rahmentarifs.
2. Die Ärzte können ihre Vergütung von den Kassen oder einer hierfür zuständigen öffentlichen Stelle erhalten, oder von den Versicherten direkt.
3. Die eigentlichen Formen der Honorierung liegen zwischen dem festen Gehalt und der Vergütung der Einzelleistungen. Folgende Skala läßt sich aufstellen:

- a) Festes Gehalt, mit den Unterformen: Reines Fixum, Fixum mit Sondervergütung bestimmter Einzelleistungen, Teilfixum an nur teilweise etwa im Krankenhaus beschäftigte Ärzte, letzteres nach der Länge der Arbeitszeit, wie z.B. bei den englischen Hospitälern teilbeschäftigten Fachärzten nach Zahl der zur Verfügung gestellten Stunden mit einer Obergrenze, die neuneinhalb Elftel der Vergütung eines vollbeschäftigten Arztes beträgt.
- b) Die individuelle Pauschalregelung: der Arzt erhält ein Kopfpauschale (je eingeschriebenen oder behandelten Patienten) oder ein Fallpauschale, d.h. für den in dieser oder jener Weise abgegrenzten Behandlungs-

fall (z.B. Krankenscheinpauschale). Das Kopffpauschale kommt der Regelung des Fixums am nächsten. Eine Mischung von Pauschal- und Einzelleistungsvergütung liegt vor, wenn grundsätzlich Einzelleistungen vergütet werden, deren Gesamtsumme aber je Behandlungsfall begrenzt ist: auf die Höhe des Mehrfachen einer einfachen Beratungsgebühr, oder durch Beschränkung der Zahl der verrechneten Beratungen und Besuche.

- c) Das Gesamtpauschale. Das System kann für die Gesamtheit der ärztlichen Leistungen oder für nur einen Teil von ihnen vorgesehen sein, was übrigens auch für die unter b) genannte Regelung gilt. Beim Gesamtpauschale taucht das aus der deutschen Regelung bekannte Verteilungsproblem auf. Ein Gesamtpauschale für Teilleistungen findet sich etwa in England für die Vergütung der Kilometergelder an die praktischen Ärzte: in den "Central mileage fund" fließt ein Teil der im Budget für ärztliche Entlohnung vorgesehenen Mittel.
- d) Die Bezahlung nach Einzelleistungen, sei es durch die Kasse oder die Versicherten selbst.
1. Unbeschränkt, d.h. die Sätze eines Tarifs werden - unter Vorbehalt der Nachprüfung - für alle von den Ärzten berechneten Leistungen bezahlt.
 2. Beschränkt, d.h. etwa in Form eines Staffeltarifs, der für insgesamt höhere Bezüge eine prozentual geringere Entschädigung vorsieht, oder einer starren Obergrenze für die Gesamtvergütung.

Alle diese Formen können sich in einem Krankenversicherungssystem gemischt vorfinden, indem bestimmte Formen nur für einige Arztkategorien, einige Regionen, Kassen, Versichertenkategorien oder Leistungsgruppen angewendet werden.

3. Im Vergleich mit den oben genannten Berührungspunkten von Ärzten und Kostenbeteiligung ergibt sich nun folgendes:

- a) Die Ärzte können ihren Einfluß auf die Preisbestimmung ihrer Leistungen in zweierlei Weise ausüben:

- 1) In der Mehrzahl der Systeme findet sich eine vertragliche Fixierung der Honorare oder Pauschale, zugleich mit dem Prinzip der Naturalleistung, d.h. der Direktbezahlung seitens der Kassen. Hier kann die Ärzteschaft durch im allgemeinen nur kollektiv durchzuführende Maßnahmen Höhe und Zahlungsmodalitäten in kürzeren oder längeren Abständen beeinflussen, was allerdings mit Selbstbeteiligung wenig zu tun hat.
- 2) Das sog. "Rückerstattungssystem" ist dadurch gekennzeichnet, daß - ob mit oder ohne Willen des Gesetzgebers, meist ist das letztere der Fall - die einzelnen Ärzte im wesentlichen allein ihre Forderung stellen, begrenzt etwa durch einen Rahmentarif, der häufig aber nur Mindestsätze aufweist¹⁾. Allerdings werden die Ärzte beim Bestehen von Konflikten mit den Kassen oder gar dem Gesetzgeber sich aufeinander abzustimmen versuchen.

Ein bekanntes Beispiel für diese Folgen des Rückerstattungssystems bietet die französische Sozialversicherung nach 1945, in welcher die vom Gesetzgeber vorgesehene Fixierung der Erstattungstarife durch eine nationale Kommission, und damit deren Gültigkeit auch für die Ärzte im Verhältnis zu den Kassenpatienten, völlig fehlgeschlug.²⁾

In der ersten Zeit nach der Einführung der "Sozialen Sicherheit" (sécurité sociale) waren die Ärzte bei Abstimmungen in der nationalen Kommission der Verwaltung und den Kassen gegenüber oft in der Minderheit, was dazu führte, daß sie den verbindlichen Wert des Tarifs, insbesondere des Pflichttarifs für die Kassen nicht genügend anerkannten. (Grundsätzlich wurde der Tarif von der regionalen Ärztekammer aufgestellt, in einer Vereinbarung von departementalem Ärzteverband und den Departementskassen der "Sozialen Sicherheit" beschlossen und

1) Die schweizerischen Kantonaltarife haben auch eine Obergrenze.
("Volkswirtschaft ... der Schweiz", a.a.O. -
2) Z.B. die Darstellung bei Doublet, a.a.O.

dann der nationalen Kommission zur Genehmigung vorgelegt, die bei Nichtzustandekommen einer Einigung auch von sich aus einen Tarif festsetzen konnte.) - Die tatsächlichen Honorare stiegen - wohl auch durch die anhaltende Inflation bedingt - so, daß Ende 1950 die Kassen dazu übergingen, mit der Ärzteschaft Übereinkommen zu treffen, deren Tarife den von den Ärztekammern aufgestellten nahe kamen. Solche von den von der nationalen Kommission gebilligten Tarifen abweichenden Tarife bestanden Anfang 1953 für rd. 32% der Versicherten, während gerade in den am dichtesten bevölkerten Departements keine Übereinkunft möglich war. Obwohl sich diese Tarife zwischen 1946 und 1950 schneller als die verbindlichen Tarife erhöht haben (sie stiegen um etwa das 4 1/2fache, letztere nur um das 3 1/2fache), lagen sie - im ganzen gesehen - doch noch beträchtlich unter den von den Ärztekammern, erst recht aber unter den seitens der einzelnen Ärzte von den Patienten geforderten Honoraren: Doublet führt als Beispiel die Unterschiede Anfang 1953 für die Sätze einer Konsultation im Pariser Gebiet an: Verbindlicher Tarif in Paris ffrs. 350, vereinbarter Tarif im Dept. Seine et Oise ffrs. 500, Tarif der Ärztekammern ffrs. 600, die durchschnittlichen Kosten einer Konsultation nach Angaben von Versicherten ffrs. 700¹⁾. Die individuelle Selbstbestimmung der Honorare durch die Ärzte scheint häufig ein Zeichen relativer Ohnmacht von Kasse und Gesetzgeber gegenüber der Ärzteschaft zu sein, die sich von ihren Forderungen nicht abbringen läßt. Ein eklatantes Beispiel stellt auch Luxemburg dar, wo sich die Ärzte seit 1926 fast ununterbrochen geweigert haben, mit den Kassen einen Vertrag zu schließen, der ihre Forderungen unberücksichtigt ließ. Bis 1926 hatten die "Patronatskassen" (es gibt heute 9 Patronatskassen und 3 Bezirkskassen) eine Pauschalvergütung gehabt. - Die Ärzte konnten - wie Colling²⁾ bemerkt - den sich über 27 Jahre erstreckenden Streit nur

1) Die Verhältnisse scheinen sich in den Jahren 1953/54 nicht wesentlich geändert zu haben. Siehe B. Feuilly "Kostenbeteiligung in Frankreich", in: "Soziale Sicherheit", 1954/3. -
2) Colling, a.a.O.

durch ihre totale Einmütigkeit auch gegen den Willen der Regierung durchhalten (von anderen Voraussetzungen, die Colling nicht erwähnt, abgesehen). Er erwähnt, daß es zu Beginn des vertragslosen Zustandes nur einen Abfall gab, "und dieser Kollege wurde von den Krankenkassen selbst ausgeschlossen, als man entdeckte, daß er Behandlungsscheine auf unehrliche Art und Weise hamsterte". - So kam nur mit einigen Patronatskassen ein Sondervertrag zustande, nicht aber mit der "Union des Caisses". Die Forderungen waren: Abschaffung des Pauschals, direkte Barzahlung durch den Patienten für Beratungen, Besuche, Reisekosten und kleinere Leistungen, Beteiligung des Patienten an den Arzt- und Apothekerkosten, freie Arztwahl. Seit dem 16.10.1952 war ein provisorisches Abkommen in Kraft (von der Zeit der Besetzung ganz abgesehen), das 1953 durch ein definitives Abkommen ersetzt werden sollte und alle wesentlichen Forderungen der Ärzte berücksichtigte.

In der Zwischenzeit war das Rückerstattungssystem in Kraft, eine Möglichkeit, die übrigens auch § 370 RVO (Änderung durch die Notverordnung vom 27.7.1930) für den vertragslosen Zustand vorsah, hier jedoch mit umgekehrtem Vorzeichen: die Kassen sollten in der Vertragskündigung (mit Ermächtigung des Reichsarbeitsministeriums) ein Instrument erhalten, um sich gegen übermäßige Belastung durch die ärztlichen und von Ärzten verordneten Leistungen zu schützen.

Mangelnde Einigkeit zwischen Ärzten und Kassen und das Prinzip der "entente directe" entsprechen sich häufig, von ganz anderen Erwägungen abgesehen, die letzteres in der privaten Krankenversicherung zur Regel werden lassen. Die Krankenversicherungen sind darauf angewiesen, in irgendeiner Weise die Größe des Risikos von vornherein zu begrenzen: bemüht sich die soziale Krankenversicherung häufig zusammen mit Gesetzgeber und Verwaltung um eine direkte Einigung mit den Ärzten, ob dies nun heute noch aus der wirtschaftlichen Schwäche ihrer Mitglieder begründet sein mag oder nicht, so muß sie dann, wenn eine solche Übereinkunft nicht möglich ist, eben zu der anderen Begrenzungsmöglichkeit schreiten: dem Ersatz nur eines Teil der Kosten an die Versicherten, die das restliche Risiko zu tragen haben. Auch damit ist das Risiko im Verhältnis zu anderen Versicherungszweigen noch verhältnismäßig wenig fixiert: zudem fallen meist mit steigender Zahl

der arbeitsunfähig erkrankten Mitglieder Einnahmen aus, soweit diese Personen von der Beitragspflicht bis zur Genesung befreit sind. - Die entente directe ist andererseits der beste Weg, um die Versicherten mit dem nichterstatteten Betrag zu belasten: in allen anderen Fällen müßten ja die Kassen von den einzelnen ganz verschiedene Beträge - auch für ein und dieselbe Behandlung - einfordern, je nachdem, welcher Arzt aufgesucht wurde und wie dieser die Leistungsfähigkeit des Patienten eingeschätzt hat. Ist nun die Direktbezahlung des Arztes seitens der Versicherten für die Kasse fast eine Notwendigkeit, sollen die Ärzte die Höhe der Honorare nach eigenem Gutdünken festsetzen können, so ist damit die letztgenannte Möglichkeit bei allen anderen Systemen praktisch ausgeschlossen. Mit der meist den Charakter eines bilateralen Monopols tragenden Abmachung über die Vergütung wird zudem häufig die Gesamtsumme der an die Ärzte gezahlten Beträge schon deshalb niedriger sein, weil die Kassen der Ärzteschaft gegenüber mit einer ganz anderen Machtfülle als der einzelne Versicherte auftreten können, was natürlich auch zum Mißbrauch seitens der Kassen führen kann. So sieht das französische System nur einige wenige Ausnahmefälle gesetzlich vor, in denen der Arzt von sich aus den verbindlichen Tarif überschreiten darf, nämlich für ärztliche Kapazitäten, die zur Behandlung eines Kassenpatienten hinzugezogen werden, bei als vermögend bekannten Versicherten und schließlich unter bestimmten Sonderumständen. In allen anderen Fällen der Tarifüberschreitung kann ein Arzt hingegen zur Rechenschaft gezogen werden, falls er sich nicht an Hand der genannten Bestimmungen zu rechtfertigen vermag. Das für die Kassen nicht einfache Verfahren, einen Arzt zur Rechenschaft zu ziehen, kann hier nicht im einzelnen dargestellt werden; im allgemeinen ist jedoch eine Anzeige des Versicherten erforderlich. Die schwache Stellung vieler Kassenpatienten ihren Ärzten gegenüber wird durch die Ausführungen Doublets¹⁾ gekennzeichnet, daß "unzweifelhaft die ungerechtfertigte Überschreitung der Tarife, die seit dem Jahre 1945 dazu neigt, sich zu

1) Doublet, "Die Stellung des Arztes im französischen System der sozialen Sicherheit", a.a.O.

verallgemeinern, zum großen Teil durch die Haltung der Kranken begünstigt worden ist, die aus übrigens leicht verständlichen Gründen zögerten, die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen gegen die Ärzte zu ergreifen".

- b) Wo die Höhe der Honorare im Rahmen des jeweiligen Vergütungssystems vertraglich oder auf andere Weise (gesetzlich, schiedsgerichtlich) fixiert ist, bleibt den Ärzten doch dort noch ein Einfluß auf ihr Einkommen, wo die Honorierung von der Zahl und der Art der erbrachten Dienstleistungen abhängt. Dies ist im wesentlichen, d.h. abgesehen von den oben genannten Sonderformen, nicht möglich bei einer festen periodischen Vergütung, in sehr beschränktem Umfang nur bei Kopf- und Fallpauschalen, am besten schließlich bei der uneingeschränkten Vergütung der Einzelleistungen, die allerdings in der sozialen Krankenversicherung nicht zu finden ist, weil hier der Kosten- und der Bedarfsaspekt bei der Einkommensbestimmung der Ärzte eine Rolle spielen. (Die schweizerische Regelung erfaßt nur einen Teil der Leistungen und belastet außerdem die Versicherten mit 10 bis 25% der Kosten.)

Für den versicherten Patienten ergibt sich aus diesen Möglichkeiten u.a. die Folge, daß je nach Vergütungssystem Tendenzen entstehen - zwar immer nur bei einer Reihe von Ärzten, jedoch, verfolgt man die Vielzahl der hierüber gemachten Aussagen, sich als ausgesprochene Tendenzen ausweisend -, ihn seitens der Ärzte im einen Extrem relativ schlecht und oberflächlich zu behandeln und möglichst bald abzuschieben (so etwa in England seitens der Praktiker häufig ins Krankenhaus), im anderen Extrem dagegen ihn einer Vielzahl von Behandlungen und Tätigkeiten zu unterziehen, die bei Anlegung eines strengen Maßstabes nicht immer nötig wären; dies, ohne auf die schwierige Frage einzugehen, ob es so etwas wie einen objektiven Maßstab für Diagnose und Behandlungsmethode überhaupt gibt¹⁾. Um es zugespitzt auszudrücken,

1) Siehe z.B. den Artikel von O.Lipproß in der "Frankfurter Allgemeinen Zeitung" vom 25.2.1956.

bekommt also der Versicherte im einen Fall die Leistungen nicht, die er haben will, im anderen bekommt er die Leistungen, die er nicht haben will¹⁾.

Im Vergütungssystem kommen die mehr oder minder erfolgreichen Bemühungen der Kassen zum Ausdruck, den Umfang der finanziellen Anforderungen zu begrenzen. Während die Honorierung der Einzelleistungen häufig mit besonderen Kontrollmaßnahmen verbunden ist, "nicht, weil eine Behandlung aus Spargründen grundsätzlich abgelehnt wird oder nur ausnahmsweise als zulässig bezeichnet werden kann", sondern weil "vielmehr nur die Ausnutzung einer fremden Zahlstelle und die Vielgeschäftigkeit"²⁾ auf dem Wege der individuellen und pauschalen Rechnungsprüfung verhindert werden soll, macht ein pauschales Vergütungssystem solche Maßnahmen zum Teil überflüssig. Dort hatten auch die Kassen ein Interesse daran, daß den Versicherten nicht unnötige Leistungen gewährt werden, hier ist dies Interesse im wesentlichen auf die Ärzteschaft beschränkt, die mit der pauschalen Honorierung wenigstens kurzfristig das Risiko der Morbidität und des Leistungsumfanges allein zu tragen hat. - Das Problem ist hier jedoch, wie eine gewisse Verbindung zwischen Einkommenshöhe und ärztlichen Bemühungen erhalten bleiben kann: die Bemessung des Honorars oder Pauschals nach einem, dem ärztlichen Stand angemessenen Bedarf - unter Berücksichtigung der Praxiskosten -, manchmal noch modifiziert durch die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kassen bestimmende Leistungsfähigkeit der Versicherten, wird deshalb vor allem im Verhältnis zur freien Praxis nicht rein, d.h. etwa in Form eines Monatsgehalts durchgeführt: das Kopfpauschale macht z.B. die Höhe des Einkommens von der Zahl der behandelten oder in die Liste des betreffenden Arztes eingeschriebenen Patienten abhängig, ist ande-

1) Daß auch andere Faktoren eine wesentliche Rolle spielen können, zeigt das dänische Beispiel, wo in der sozialen Krankenversicherung zum Teil das Pauschalsystem, zum Teil die Einzelleistungsvergütung angewendet werden, ohne daß erhebliche Klagen zu hören sind. -

2) G. Augustin, "Die Arztfrage....", a.a.O., S.61.

rerseits jedoch meist entweder degressiv gestaltet oder die Zahl der einem Arzt erlaubten Patienten ist von vornherein absolut beschränkt. So besteht z.B. in Holland für die allgemeine Krankenhilfe der "Ziekenfondsen"¹⁾ die Regelung, daß die Ärzte je nach Ausrüstung und Unkosten (ob sie nämlich ein eigenes Sprechzimmer haben oder nicht) ein unterschiedliches Pauschal erhalten. Die Zahl der Patienten, die sich bei einem Arzt einschreiben dürfen, ist bei praktischen Ärzten im Normalfall auf 3 000, bei Fachärzten auf 8 000 beschränkt. In dünn besiedelten Gegenden wohnende Ärzte erhalten je nach Bevölkerungsdichte einen Zuschlag zum Pauschal von 1/2 bis 1 hfl (je Patient), während sonst zu jener Zeit die Höhe des Pauschals 5 bis 8 hfl jährlich betrug.

Zielt nun das Pauschalvergütungssystem darauf ab, alle jene Maßnahmen überflüssig zu machen, die von Seiten der Kassen ein Interesse an der genaueren Abgrenzung der den Versicherten gewährten ärztlichen Leistungen ausdrücken, wie individuelle Kontrollmaßnahmen etc., ist es also bei Zahlung eines Jahreskopfpauschales den Kassen mehr oder weniger gleichgültig, ob der Arzt einen oder drei Besuche macht, so ergeben sich andererseits bei diesem System die schon oben angedeuteten Tendenzen, daß viele Ärzte die Qualität ihrer Leistungen vermindern, sei es, wie in England, daß der Ansturm der Patienten auf die plötzlich kostenlose Behandlung zu groß war, sei es, weil die Ärzte keinen Leistungsanreiz mehr verspüren. Wie im Bereich der ärztlichen Honorierung der Gegensatz der Bestrebungen der Kassen, eine möglichst geringe finanzielle Belastung zu vereinbaren mit einer qualitativ hochwertigen und den Wünschen der Versicherten entgegenkommenden Behandlung zu vereinbaren ist, kann hier nicht weiter verfolgt werden. Ob und unter welchen Voraussetzungen mit einer erweiterten Selbstbeteiligung der Versicherten die Lösung des Finanzierungsproblems der Krankenversicherung gefördert werden kann, wird in den folgenden Abschnitten noch näher untersucht werden.

¹⁾ "Beziehungen zwischen den Trägern des sozialen Sicherheit und der Ärzteschaft", a.a.O.

IV. Die Kostenbeteiligung und die Krankenkassen

A. Abgrenzung der Problemstellung

1. Jedes System der sozialen Krankenversicherung weist einen gesetzlichen Rahmen auf, der entsprechend der Auffassung des Gesetzgebers über die der Krankenversicherung zukommenden Funktionen und über die Prinzipien der Gestaltung die Aufgaben der sozialen Krankenversicherung, den Personenkreis, Leistungen und Finanzierung und die Organisation des Systems, insbesondere der Versicherungsträger abgrenzt und regelt. Letzteren, den mehr oder weniger autonomen Krankenkassen oder den Nebenstellen einer zentralen Verwaltungsbehörde, fallen bei der Realisierung der Aufgaben der Krankenversicherung besondere Unterfunktionen zu: sind etwa Ziele des Systems, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu heben oder den sozialen Ausgleich zu fördern, so haben die Kassen gemäß der gesetzlichen Regelung die Leistungsgewährung zu organisieren, den vorgesehenen Mitgliederkreis zu erfassen, die ordnungsmäßige Aufbringung der Mittel zu überwachen u.a.m. Jedoch sind die Kassen, vor allen in dezentralisierten Systemen, meist nicht nur auf diese administrativ-ausführenden Aufgaben beschränkt, die eine Trennung von jeder eigenen sozialpolitischen Tätigkeit bedeuten: oft ist - wie in der Schweiz - der Rahmen nur sehr locker, so daß den Verwaltungsorganen ein weiter Spielraum für eigene Entscheidungen verbleibt: der Ausbau der freiwilligen Leistungen, die Beschaffung der Mittel können den Kassen überlassen sein, weil zum Teil der Wunsch besteht, Selbstverwaltung und -gestaltung dort zu belassen, wo die gesetzliche Regelung schon ein ausgedehntes Krankenkassenwesen vorfindet, zum Teil mag auch der Aspekt maßgebend sein, daß eine - notwendigerweise immer generelle - gesetzliche Regelung nicht alle Entscheidungen vorwegnehmen kann. - Die obige Trennung von Gesetz und ausführenden Versicherungsträgern ist auch insofern nie ganz streng durchgeführt, als die Selbstverwaltungsorgane der Kassen selbst, sich etwa als Vertreter der Versicherten fühlend, eine sozialpolitische Aktivität entfalten, die

über den Rahmen des ihnen in der gesetzlichen Regelung Überlassenen hinausgeht, indem sie Einfluß auf den Gesetzgeber zu gewinnen suchen, die künftige Gesetzgebung in dem von ihnen für richtig gehaltenen Sinne abzufassen, oder indem sie Obstruktion gegen dessen Anordnungen betreiben¹⁾.

2. Insofern die Selbstverwaltungsorgane ein eigenes sozialpolitisches Interesse entfalten, sind sie auch berechtigterweise daran interessiert, ob die Kostenbeteiligung und die gesamte Leistungsgestaltung den Zielen, die sie glauben mit der Krankenversicherung verfolgen zu müssen, entspricht oder nicht. Die Frage der eventuellen Kollision der Selbstbeteiligung mit einigen Zielen der Krankenversicherung sei aber dem nächsten Kapitel vorbehalten. Hier sei versucht, lediglich jene Fragen im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung zu betrachten, die sich unter der Annahme ergeben, daß die Verwaltungsorgane nur ausführend bzw. im Rahmen des ihnen überlassenen Spielraums tätig werden, d.h. zu prüfen, ob die Kostenbeteiligung die oben erwähnten Unterfunktionen der Kassen hemmen oder fördern kann. Zwei Fragen sollen dabei vor allem herausgegriffen werden:

- a) Ist die Selbstbeteiligung geeignet, den Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben, der bei autonomen Kassen weitgehend deren Verantwortung überlassen sein kann, zu fördern oder zu hemmen? Welche Eigenheiten weist die Selbstbeteiligung als Finanzierungsinstrument auf und welche Probleme ergeben sich in den verschiedenen Systemen der sozialen Krankenversicherung?
- b) Welche Probleme und Möglichkeiten ergeben sich bei der technischen Durchführung, der Handhabung der Kostenbeteiligung seitens der Krankenkassen?

Zu a) sei bemerkt, daß sich die Brauchbarkeit der Selbstbeteiligung allerdings nicht erschöpfend beurteilen läßt,

¹⁾ So etwa die deutschen Ortskrankenkassen gegen die mit Verordnung vom 30.10.1923 eingeführten §§ 182a und 187b RVO, die eine Kostenbeteiligung vorsahen, meistens nicht angewendet wurden. (Siehe Trode, "Praktische Auswirkungen der Beteiligung der Versicherten an den Kosten für Arznei und Krankenscheine", a.a.O.)

bezieht man etwaige Wirkungen der Kostenbeteiligung auf die Hauptfunktionen des Systems nicht in die Betrachtung ein: als bekanntestes Beispiel sei die häufig vorgebrachte Behauptung angeführt, daß eine den Beginn der Behandlung hemmende Krankenscheingebühr zur Verschleppung von Krankheiten führen könne, die - im Frühstadium leicht bekämpft - später nur unter Aufwand erheblicher Mittel oder gar nicht mehr geheilt werden können, was im Endeffekt zu einer Höherbelastung der Kasse führe, der in kurzsichtiger Betrachtung sich ergebende Scheinerfolg also mit Vorsicht zu bewerten sei¹⁾.

B. Die Kostenbeteiligung als Mittel zur Finanzierung bzw. finanziellen Entlastung der Kassen

1. Das Kassenbudget weist eine Ausgaben- und eine Einnahmenseite auf:

Ausgaben sind vor allem die Kosten der Leistungen, Einnahmen - je nach den zur Verfügung stehenden Quellen - Zuflüsse von Beiträgen, staatlicher Hilfe, Kostenbeteiligung u.a.m.

Als Finanzierungssystem der Kassen sei nun die Gesamtheit der Regelungen und Maßnahmen bezeichnet, die darauf abzielen, den finanziellen Ausgleich der Kassen herbeizuführen. Diese Maßnahmen erstrecken sich auf die Einnahme- und Ausgabenseite: sei es, daß die Höhe, Anlage oder Erhebungsmethode der Einnahmen Gegenstand der Bemühungen sind, oder daß der Ausgleich durch Kürzung, Beschränkung oder sonstige Modifikationen der Leistungsgewährung gesucht wird, also durch Einsparungen. Daß die Probleme des Finanzierungssystems schon seit so langem im Vordergrund der Diskussion stehen, scheint nicht zuletzt die Folge davon zu sein, daß die Ziele, die der sozialen Krankenversicherung gesetzt werden, auf eine Ausdehnung des Umfangs und der Höhe der Leistungen ausgehen, während bezüglich der Gestaltung der Einnahmenseite die Vorstellungen weit weniger klar zu sein scheinen, zumindest

1) Z.B. in dem Referat von Hartmann, "Aktuelle Fragen der Krankenversicherungsreform" auf dem Krankenkassentag 1955, a.a.O.

weniger Übereinstimmung der verschiedenen Vorschläge zu konstatieren ist. So sehen die Vorschläge der VOV¹⁾ folgendes vor:

- a) Voller Kostenersatz für die "Auftragsangelegenheiten", insbesondere die Krankenversicherung der Rentner.
- b) Die Kosten der Errichtung des Betriebs und der Modernisierung der Krankenhäuser sind von der öffentlichen Hand zu übernehmen. Nur die Kosten, die durch die laufende Belegung der Krankenhäuser mit Kassenpatienten entstehen, sollen den Kassen aufgelastet werden.
- c) Maßnahmen gegen Auswüchse auf dem Arzneimittelsektor und eine gute Zusammenarbeit mit den Ärzten, denen zwar für eine gute ärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen eine ausreichende Vergütung gewährt werden soll, jedoch unter Wahrung der Grenzen, die die finanziellen Möglichkeiten den Kassen setzen.
- d) Ansatz der Mißbrauchsbekämpfung an verschiedenen Punkten, beim Arzt, dem Arbeitgeber, den Versicherten.

Diese Vorschläge halten sich weitgehend im Rahmen der bisherigen Ordnung und suchen auf Wegen, die diese Ordnung nicht gefährden, Verbesserungen; die Einschaltung staatlicher Hilfe wird nur indirekt zugelassen, eine weitere Belastung der Mitglieder, d.h. ein Ausgleich der steigenden Kosten innerhalb der Versichertengemeinschaft wird im wesentlichen abgelehnt. Andere Pläne hingegen, etwa das Vier-Professoren-Gutachten²⁾, suchen in etwas wagemutigerer Weise das Finanzierungssystem auch von der Einnahmenseite her auf eine neue Basis zu stellen. Es bleibe hier dahingestellt, ob durch ein weiteres Auspressen des bisherigen Rahmens die Ziele, die man sich setzt, in für alle Beteiligten erträglicher Weise erreicht werden können, und ob man sich dabei nicht in zunehmendem Maße in Widersprüche verwickelt. - Die Stellung der Selbstbe-

1) Siehe Fußnote 1) auf S. 92. -

2) "Neuordnung der sozialen Leistungen" (Achinger-Höffner-Muthesius-Neundörfer), a.a.O., S. 58 ff.

teiligung im Finanzierungssystem ist weiter unten zu untersuchen.

2. Der Begriff des Finanzierungsprinzips wird erst im nächsten Kapitel eine größere Rolle spielen: es soll damit die Gestaltung des Finanzierungssystems in Bezug auf das Verhältnis von Leistungsgewährung und Mittelaufbringung, insbesondere das der Mittelaufbringung durch den Versicherten selber bezeichnet werden. U.a. gehört die Diskussion um die Prinzipien von Versicherung, Versorgung und Fürsorge hierher. Ein Punkt aus diesem Fragenkreis sei jedoch schon an dieser Stelle behandelt, nämlich das von Zwiedineck-Südenhorst¹⁾ unter Anwendung der Wirtschaftstheorie gefundene Ergebnis, daß ein bestimmtes Finanzierungsprinzip bestimmte Auswirkungen auf die Gestaltung des Finanzierungssystems haben könne, gekennzeichnet in dem untersuchten Fall der deutschen sozialen Krankenversicherung durch den Begriff "betriebswirtschaftlicher Rationalismus"²⁾ auf Seiten der Kassen. Dieses Finanzierungsprinzip besteht darin, daß den Sachleistungen der Kassen der Charakter eines wirtschaftlichen Gutes genommen, die Nachfrage also von jeder wirtschaftlichen Hemmung befreit wird. "Auch die ärztliche Leistung ist ein wirtschaftliches Gut, sobald sie nachgefragt und die Befriedigung dieses Bedarfs nur gegen ein Opfer oder Entgelt angeboten wird". "Traditionsgemäß war zwar die Gestaltung des Entgelts der ärztlichen Leistungen der marktmäßigen Preisbildung entrückt; schon früh war das Taxwesen in Geltung, später bildeten sich im freien Verkehr Honorare heraus mit gleichzeitigem Übergang zur Bezahlung der Einzelleistung, bei deren Ansatz jedoch im allgemeinen Angebot und Nachfrage und deren Verhältnis nicht berücksichtigt wurden, dagegen stets die Abstufung der Preise nach der Leistungsfähigkeit des Kranken, entsprechend dem Prinzip der ausgleichenden Gerechtigkeit. "Trotz dieser

¹⁾ Zwiedineck-Südenhorst, "Rationalismus und Sozialpolitik im kassenärztlichen Dienste", a.a.O.

²⁾ Diese Tendenz, daß etwa stärkste Anstrengung zur Kostensenkung gemacht werden, ist, wenn sie auf Kosten anderer Gruppen geht und deren Wirksamkeit und Existenz gefährdet, nicht in Einklang mit Zwiedinecks Begriff der Sozialpolitik (siehe unten S. 131).

Eigenart der Preisbildung war die Nachfrage in gewissen Grenzen gehalten, und zwar eben durch die individuelle Entgeltleistung, diese erfüllte eben doch die die Nachfrage regulierende Funktion der Preishöhe". Durch die soziale Krankenversicherung wurde hingegen für alle einbezogenen Bevölkerungsteile die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe von der wirtschaftlichen Lage, der Leistungsfähigkeit der Versicherten, völlig unabhängig gemacht, da er für seinen Beitrag, also einen vom Umfang der Inanspruchnahme unabhängigen Preis die ärztliche Hilfe beliebig in Anspruch nehmen kann. Die ärztliche Leistung ist für den Nachfrager kein wirtschaftliches Gut mehr, auf der Angebotsseite hingegen ist der wirtschaftliche Charakter dieses Gutes erhalten geblieben. Diese Art der Bedürfnisdeckung, die einseitige, sich nur auf die Nachfrageseite erstreckende Preisgabe des wirtschaftlichen Gutscharakters im Rahmen einer kollektiven Bedarfsdeckung ist nach Zwiedineck-Südenhorst ein Novum in der Wirtschaftsgeschichte und wirft die Frage auf, wie der Gegensatz zwischen dem Prinzip der kollektiven Versorgung einer-, der konkurrenzmäßigen Bedarfsbefriedigung andererseits überbrückt werden könne, wie vor allem die Kollektivorganisation mit dem Risiko in ihrem Wirkungskreis fertig wird. Zwiedineck-Südenhorst sucht hier die Ursache für den "betriebswirtschaftlichen Rationalismus" der Krankenkassen, der auf Einnahmesteigerung und Ausgabensenkung um des finanziellen Ausgleichs willen ausgeht, dabei mit den sozialpolitischen Zielsetzungen in dem weiten Sinne Zwiedineck's des öfteren in Konflikt geratend. "Die Krankenkassen haben, je mehr sich das Risiko fühlbar macht, um so mehr die Abwälzung desselben auf die Ärzte angestrebt, und in diesem Entlastungskampf haben die Kassen immer mehr die Methoden der kapitalmäßig begründeten und geleiteten Privatunternehmungen zu den ihrigen machen müssen. "Müssen", d.h. entsprechend ihrer teilweise gesetzlich begründeten Tendenz zur Bildung von Reservefonds und zur kapitalmäßigen Vermögensbildung.... mußten sie auf gute Abschlüsse sehen".

Ähnliche Erscheinungen finden sich nun allerdings in jeder Art von Versicherung, die zwar in der Regel nicht den Bedarf

in natura kollektiv decken, jedoch durch Zahlung einer Prämie den Versicherten den Anspruch geben, nach Bedarf (und zwar - wie in der sozialen Krankenversicherung auch - bei Eintritt des Versicherungsfalles) über die wirtschaftlichen Mittel der Versichertengemeinschaft zu verfügen; mag bei Versicherungsarten wie Lebens- oder Sachschadenversicherung, die die mögliche Inanspruchnahme von vornherein fest umgrenzen, der Preischarakter der Prämie (die für eine Guts- einheit zu zahlende Geldsumme) noch weitgehend erkennbar sein (unter Berücksichtigung des Risikos), so scheint dies für die private Krankenversicherung nur noch in sehr geringem Umfange der Fall zu sein: der Zusammenhang zwischen Prämienzahlung und dem Umfang der Leistungsanspruchnahme ist weitgehend zerrissen, obwohl das Versorgungsprinzip der sozialen Krankenversicherung nicht eingeführt ist. Die Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung ist nicht zuletzt deshalb oft kaum noch sichtbar, weil

- 1) eine Begrenzung der Leistungen nach ihrem Gesamtwert oder eine Abgrenzung auf einen engeren Bereich (bestimmte Krankheiten oder Behandlungsmethoden) nicht üblich bzw. nur beschränkt durchführbar ist,
- 2) auch bei Gruppenbildung (meist nach Leistungsklassen und nicht nach eingebrachtem Risiko) die Risikomischung noch groß ist,
- 3) der Eintritt des Versicherungsfalles häufig vom subjektiven Verhalten des Versicherten abhängt.

Daher kennt die private Krankenversicherung auch grundsätzlich keine volle Schadensdeckung und operiert zum Teil mit der Prämienrückgewähr. Die Tatsache, daß in der sozialen Krankenversicherung die Leistungen zum Teil in natura gewährt werden, führt gegenüber der Privatversicherung zu folgenden Unterschieden:

- a) Der Versicherte lernt die Kosten seiner Behandlung nicht mehr kennen, sie sind zum Teil nicht einmal feststellbar.
- b) Der sozialen Krankenversicherung bleibt der Ausweg aus dem finanziellen Druck in Richtung auf andere Gruppen als die Versicherten, während der Ausgleich der Privatversicherung auf die Versichertengemeinschaft beschränkt ist.

Zwiedineck-Südenhorst selbst macht zur Frage der Kostenbeteiligung keine näheren Ausführungen. Fordert er, daß bei Inanspruchnahme des wirtschaftlichen Gutes "ärztliche Hilfe" das Verantwortlichkeitsgefühl für die Kosten möglichst erhalten bleiben muß, d.h. sowohl bei einer möglichst großen Quote der Bevölkerung als auch bei jedem einzelnen möglichst intensiv, so führt er zur Realisierung des letzteren nur aus¹⁾: "Sie (diese Aufgabe) ist m.E. nur durch ein hervorragendes Zusammenwirken von Kassenleitung und Ärzten zu erreichen. Darin wird ein Außenstehender um so weniger zweckmäßig raten können, als jede Generalisierung ein Fehler wäre, vielmehr nach der Eigenart der Bevölkerung und regionalen Tradition die Dinge verschieden liegen. Aber Mitwirkung der Ärzte in der Verwaltung, Herstellung einer wirklichen Arbeitsgemeinschaft mit ihnen erscheint danach für die Krankenkassen ein Gebot der Eigenwirtschaftlichkeit".²⁾

3. Die Selbstbeteiligung als Finanzierungsmittel

a) Die Selbstbeteiligung ist neben den Beiträgen das wichtigste Mittel, um die Versicherten zur Bestreitung der Kosten der Krankenversicherung heranzuziehen. - Die finanzielle Inanspruchnahme der Kassen, die Höhe der Ausgaben also ist - bei gegebenem Leistungsumfang - durch folgende Komponenten bestimmt:

1. Der mengenmäßige Umfang der Inanspruchnahme
2. Die Struktur der beanspruchten Leistungen
3. Die Preise, die die Kassen im Naturalleistungssystem für die Leistungen zu zahlen haben bzw. der Erstattungsstarif bei Barentschädigung.

Die Selbstbeteiligung kann nun dazu dienen, den Einfluß aller dieser drei Faktoren auf die Finanzlage abzuschwächen oder auszuschalten, und zwar zu Lasten der Versicherten, oder aber auf der Einnahmenseite neue Quellen zu erschließen. Die Arten der Wirkung auf das Kassenbudget sind vor allem folgende:

1) Zwiedineck-Südenhorst, "Rationalismus ...", a.a.O. -

2) Ders.

- aa) Die Kostenbeteiligung kann eine Minderung der Ausgaben, der Inanspruchnahme bedeuten, und zwar einmal durch totale oder partielle Nichtgewährung bestimmter Leistungen, wobei die Regulierung des Restbetrages dem Verhältnis Versicherter-Ärzte überlassen bleibt. In diesem Umfang entstehen der Kasse im Verhältnis zu einer volle Schadensdeckung gewährenden Kasse geringere Ausgaben. Zum anderen: Betraf im eben genannten Fall die Wirkung der Kostenbeteiligung die Struktur der Leistungen (indem bestimmte Leistungen nicht gewährt werden) oder deren "Preise" (quantitative Selbstbeteiligung), so wird eben dadurch, daß einzelne oder in Gruppen zusammengefaßte Leistungen (mit pauschaler Belastung) jetzt für den Versicherten einen "Preis" haben, daß also ein aktueller Zusammenhang zwischen Leistungsgewährung und wirtschaftlicher Belastung besteht, auch die mengenmäßige Inanspruchnahme reduziert, wenn auch durch ein schematisch-generell wirkendes Mittel; so wenigstens eine Behauptung, die unten noch näher zu betrachten ist¹⁾. (Selbstverständlich ist in diesem Zusammenhang, daß die Preis- (oder besser vielleicht "Belastungs-") Elastizität nur solcher Leistungen die Kasse berührt, die von ihr auch, etwa unter einer prozentualen Selbstbeteiligung, gewährt werden: wo eine qualitative Selbstbeteiligung gegeben ist, werden vom etwaigen Minderabsatz nur die Lieferanten berührt.)
- bb) Die Kostenbeteiligung bringt nur in jenen Krankenversicherungssystemen tatsächlich zusätzliche Einnahmen, die von dem Grundsatz der vollen Kostenübernahme ausgehen (Naturalleistungen) oder früher einmal ausgegangen sind und nun - aus welchem Grunde auch immer - gleichzeitig mit der Leistungsgewährung oder nachträglich einen in dieser oder jener Weise bestimmten Kostenanteil vom Versicherten einheben: in dieser Form unterscheidet sich die Selbstbeteiligung von allen anderen Finanzierungsmitteln dadurch, daß sie - wenigstens unter Voraus-

1) Siehe unten S. 101/102.

setzung der "Bremswirkung" auf die Inanspruchnahme - Einnahmen- und Ausgabenseite der Kassen zugleich positiv beeinflusst. In einem gegebenen System wird die Schätzung der aus einer geplanten Kostenbeteiligung zu erwartenden Einnahmen also auf einen eventuellen Rückgang der Inanspruchnahme achten müssen; ist die Selbstbeteiligung an die einzelne Leistung geknüpft, so sinkt mit einem Rückgang der Inanspruchnahme auch das Aufkommen daraus, jedoch, da die Selbstbeteiligung nur einen Teil der Kosten umfaßt, in einem geringeren Maße als die Gesamtkosten.

- b) Im folgenden seien nun zwei Fragen des Einflusses der Selbstbeteiligung auf die Finanzlage der Kassen etwas näher beleuchtet, nämlich
- 1) das Verhältnis der Selbstbeteiligung zu den Veränderungen der Preise für die Leistungen, die die Kassen gewähren,
 - 2) der Einfluß einer Selbstbeteiligung auf die mengenmäßige Inanspruchnahme von Leistungen.

Zu 1):

Im Rückerstattungssystem können durch eine Variation des Kostenanteils etwa der ärztlichen Behandlung lediglich Einsparungen erzielt werden; der Kostenanteil fließt den Ärzten zu. Da z.B., wie oben ausgeführt¹⁾, die Ärzte in Frankreich nicht dazu gebracht werden können, einen Tarif mit den Kassen zu vereinbaren, hängt die Höhe der Beteiligung weniger vom Willen der Kassen ab als von dem der Ärzte. Die Kassen können lediglich mit ihren Erstattungs-tarifen der Honorarsteigerung zu folgen suchen, geraten aber dabei in die Schere, die sich aus den schnell steigenden, der allgemeinen Preisentwicklung oder den Lebenshaltungskosten folgenden Honoraren der Ärzte und den bei einer Preissteigerung in der Regel nachhinkenden Beiträgen - soweit sie auf der Lohn- und Gehaltssumme basieren - ergibt. Der Einfluß der Preisbewegungen auf die Kassen wird also von diesen zum großen Teil auf die Versicherten abgewälzt. - Im Unterschied zur privaten Krankenversiche-

1) Oben S. 83 ff.

rung hängt nun bei der sozialen Krankenversicherung das Risiko - und zwar um so mehr, je mehr das System der Naturalleistung vorherrscht - nicht nur von der Morbidität ab, sondern eben auch, soweit nicht durch entsprechende Maßnahmen (z.B. Pauschalhonorierung) weitgehend ausgeschaltet, von der Preisentwicklung. Das Finanzierungssystem einer typischen privaten Krankenkasse baut auf der tariflichen, bei Vertragsschluß im wesentlichen festliegenden Geldleistung für die einzelnen, meist sehr detailliert angeführten Leistungsarten auf; man versichert sich hier gegen die Gefahr, daß ein einziger Krankheitsfall eine große Menge dieser Leistungen erfordert, gegen die sich hieraus ergebende, dem einzelnen nicht tragbar erscheinende finanzielle Belastung. Ob die Honorare steigen oder fallen, ob die Ärzte unterschiedlich liquidieren, ist für die Mehrzahl der Leistungsarten - die Tarife sind zum Teil sehr differenziert und haben teilweise auch einen prozentualen Kassenanteil - vom Aspekt der Kassen unerheblich.

Das zitierte französische System nimmt insofern eine Mittelstellung ein, als die Kassen sich ja als Folge ihrer "sozialen Aufgabe" darum kümmern müssen, daß den Versicherten die Leistungen zu erträglichen Bedingungen zugänglich sind. Das Naturalleistungssystem verlegt den Streit um die Anpassung der Honorare in das Verhältnis Ärzte (Lieferanten etc.) -Kassen.

Es ist also in der Ermittlung des Risikos der sozialen Krankenversicherung ein Faktor enthalten, nämlich die konjunkturelle und allgemeine Preisentwicklung, der sich einer versicherungsmathematischen Erfassung weitgehend entzieht, ein Faktor, der vielen das Versicherungsprinzip etwa in der Arbeitslosenversicherung für nicht geeignet erscheinen läßt (Umfang der Arbeitslosigkeit abhängig von der konjunkturellen Entwicklung). Allerdings beeinflusst dieser Faktor in der Krankenversicherung das Risiko in relativ geringem Maße und kann außerdem durch geeignete Maßnahmen zeitweise unschädlich gemacht werden¹⁾.

1) Z.B. indem Gesamt- oder Kopfpauschalen nur von Zeit zu Zeit angepaßt werden.

Soweit eine Selbstbeteiligung im Naturalleistungssystem zu finden ist, läßt sie dem Versicherten nur dann einen Teil des Preisrisikos auf, wenn sie als Prozentsatz der tatsächlichen Kosten angelegt ist wie in der Schweiz. Bei festen, gebührenartigen Anteilen ist die Belastung von der Preisentwicklung weitgehend unabhängig. Aber auch im ersten Fall wird die tatsächliche Entwicklung häufig durch das Bestehen eines Vertrags mit den Ärzten abgefangen. Nur bei der Arzneikostenbeteiligung nimmt trotz bestehender Verträge der Versicherte bei prozentualem Anteil in dem Umfang an der Preissteigerung teil, wie die Arzneipreise steigen, weil die Verträge zwischen Apothekern und Kassen zwar meist die Abwicklung der Arzneilieferung auf Kassenkosten, etwaige Rabattpflicht der Apotheker etc. enthalten, das Risiko der seitens der pharmazeutischen Industrie geforderten höheren Preise jedoch kaum den Apothekern aufgeladen werden kann.

Zu 2):

Die Wirkungen der "quantitativen"¹⁾ Kostenbeteiligung auf die Finanzlage der Kassen lassen sich unter dem Gesichtspunkt der rechnerischen Erfäßbarkeit in folgende zwei Gruppen teilen:

a) Solche, deren entlastende Wirkung mehr oder weniger genau feststellbar ist, indem man einfach an Hand des bisherigen Kostenanfalls errechnet, wieviel zusätzliche Einnahmen etwa eine 20%ige nachträgliche Belastung der Versicherten auf alle Kosten erbringen muß, oder wieviel eine Verordnungsblattgebühr an Hand der angefallenen Verordnungen etc. Insofern bestehen keine Schwierigkeiten, die Wirkungen der Selbstbeteiligung zu ermitteln. So ist es sicher, daß heute in der Schweiz ein erheblicher Teil der finanziellen Mittel aus der Kostenbeteiligung fließt²⁾, ohne welche die Kassen kaum in der Lage gewesen wären, ihre Leistungen so wesentlich auszubauen, da dies nach Hänggi auf dem ordentlichen Wege der Prämienerhöhung kaum je möglich gewesen wäre³⁾.

¹⁾ Nur hier taucht das Problem der "Inanspruchnahme" auf. -

²⁾ Siehe unten S. 111. -

³⁾ Hänggi, "Die Kostenbeteiligung in der Krankenpflegeversicherung", a.a.O.

b) Von Entlastung im eigentlichen Sinne zu sprechen ist nur da sinnvoll, wo sich nicht die anderen Leistungen zur gleichen Zeit verändern, so daß - im ganzen gesehen - doch keine Minderung des finanziellen Drucks - zu dessen Behebung vielleicht die Selbstbeteiligung eingeführt wurde - eintritt. Unter der Annahme, daß bezüglich der anderen Leistungen und Einnahmen alles beim Alten bleibt, ist nun die Frage zu stellen, ob die nach a) errechnete Erleichterung sich auch auf die Dauer halten werde, d.h. ob sich die Inanspruchnahme bei den neu belasteten Leistungen auf dem gleichen oder einem niedrigeren Niveau als früher halten werde, während andererseits etwa zusätzliche Mittel aus der Selbstbeteiligung einfließen, oder ob im Gegenteil nach kurzer Zeit die Inanspruchnahme steigen wird, daß trotz der Beteiligung die Kasse jetzt das Gleiche oder gar mehr zahlen muß als früher. Eine Analyse dieser Art stößt aber auf Schwierigkeiten, indem ihr Gegenstand, nämlich die Entwicklung der betreffenden Kostenart oder eventuell sogar die der Gesamtkosten von einer großen Zahl schwer zu bestimmender bzw. voneinander zu trennender Faktoren abhängig ist. Daß die Kostenbeteiligung auch einen Einfluß auf die Inanspruchnahme hat, wurde oben schon gesagt. Wie groß er aber im einzelnen Fall ist, in welcher Richtung er wirkt (Zu- oder Abnahme), ob eine scheinbar beobachtete Wirkung nicht auf ganz andere Umstände zurückzuführen ist, läßt sich praktisch nicht feststellen, vor allem auf längere Sicht. Der Praktiker Hänggi meint zu den schweizerischen Erfahrungen: "Die Erfahrungen, die in der schweizerischen Krankenversicherung mit der Einführung des obligatorischen Selbstbehalts gemacht wurden, waren anfänglich sehr positiv. Die meisten Krankenkassen konnten eine vorübergehende Verbesserung ihrer Rechnungsverhältnisse verzeichnen, was nicht allein auf die dadurch erzielte Erhöhung der Einnahmen, sondern auch auf eine vermehrte Zurückhaltung in der Beanspruchung der Kassen durch die Versicherten zurückzuführen ist"¹⁾. "Es darf nun aber

nicht verschwiegen werden, daß die guten Ergebnisse in der Folge sehr schnell verflachten und damit der erwartete Dauererfolg ausgeblieben ist. Diese Behauptung kann zahlenmäßig natürlich nicht genau nachgewiesen werden, weil zu viele Faktoren bei der Kostengestaltung in der Krankenpflegeversicherung mitspielen¹⁾.

Im folgenden sei ein Beispiel für die Wirkung einer erhöhten Kostenbeteiligung bei einer Sozialversicherungsanstalt gebracht. Eindeutige und brauchbare, vor allem mehr oder weniger allgemeingültige Ergebnisse lassen sich jedoch auch hieraus kaum entnehmen; selbst kurzfristig ergeben sich in diesem Beispiel noch Bedenken, welcher Teil des Rückgangs der Inanspruchnahme auf die Selbstbeteiligung und auf andere, gleichzeitig vorgenommene Veränderungen zurückzuführen sei.

Die Krankenversicherungsanstalt für Bundesangestellte in Oesterreich²⁾ (KVA) hob seit ihrer Gründung eine Ärztegebühr ein, die die Zahlung eines fixen Betrags für jeden Sprechstundenbesuch bzw. Hausbesuch vorsah, zum Teil in verschiedener Höhe für den ersten und für alle folgenden Besuche. Die Inflation, die 1922/23 in Oesterreich erhebliche Ausmaße annahm, führte zu sprunghaften Erhöhungen der Arzttarife wie auch der Einkommen der Versicherten, während es der KVA nicht gelang, die Ärztegebühr entsprechend zu erhöhen. "Die Einhebung der Ärztegebühr erforderte daher kaum weniger Kosten als das Erträgnis, und die konsumdrosselnde Wirkung ging bei der Geringfügigkeit der vorgeschriebenen Beträge völlig verloren²⁾". "Man gab die Gebühr zunächst auf, führte sie jedoch am 1.10.1923 (wiederum unter finanziellen Aspekten) wieder ein. In der Folgezeit veränderte sich die Gebühr folgendermaßen:

1) Hänggi, "Die Kostenbeteiligung in der Krankenpflegeversicherung", a.a.O.

2) Korschinek, "Die organisiert freie Arztwahl in Oesterreich", a.a.O., S.85 ff.

Ab 1.10.23	1.1.24	1.3.25 ⁺	15.7.25	
kr.	kr.	sh	sh	) beim:
1 000	1 500	-.30	1.-/-50 ⁺⁺	Ordination)prakt.
2 500	2 500	-.50	2.-/1.-	Visite)Arzt
7 000	-	1.-	2.-	einmalige Ordination } beim
3 500	-	-,60	1.-	Dauerbe- } Fach- handlung } Arzt
14 000	-	1.60	3.-	einmalige Visite }
7 000	-	1.-	2.-	Visite bei Dauerbehand- } lung)
15%	1.2.24 12%		20%	Zahnärztl. Behandlung
⁺)Nach der Währungssanierung. - ⁺⁺)Die erste Zahl gilt für jede erste, die zweite für alle folgenden Ordinationen (Visiten). Der Betrag ist für jede Ordination (Visite) zu zahlen.				

Während Korschinek¹⁾ grundsätzlich auf dem Standpunkt steht, daß bei der Ärztegebühr die Konsumdrosselung, vor allem also die Mißbrauchsverhütung im Vordergrund stehen soll, nicht aber der fiskalische Ertragsgesichtspunkt, muß er die seit dem 15.7.1925 bei der KVA geltenden Sätze als "Sanierungssätze" bezeichnen, "die nicht nur den Mißbrauch zu verhüten bestimmt sind, sondern das Defizit beseitigen helfen sollen, also fiskalischen Charakter haben. Sie sind bei geordnetem Haushalt für die KVA nicht erforderlich und für die Versicherten nicht tragbar". Ab 1.9.1926 war eine Ermäßigung der Sätze auf rund 25% der Vertragshonorare, d.h. rund den achten Teil der Privathonorare vorgesehen²⁾. Diese rigorosen Maßnahmen waren erforderlich, weil die staatliche Gesetzgebung, ob gewollt oder nicht, der KVA eine unerträgliche Last aufgebürdet hatte:

1)Korschinek, "Die organisiert freie Arztwahl in Oesterreich", a.a.O., S. 85 ff. -

2)Die Ärzte wurden für jede einzelne Leistung ohne Beschränkung mit den Vertragshonoraren bezahlt.

es waren im Rahmen des Beamtenabbaus eine große Zahl von noch jungen Beamten entlassen worden, die zum Teil nur eine sehr geringe Pension erhielten, mit der sie in der KVA allein beitragspflichtig waren, sich im übrigen aber ihr Gehalt in der Privatwirtschaft verdienten. Sie bezogen jedoch für sich und ihre Familie die vollen Leistungen der KVA.

Der Erfolg der Erhöhung der Sätze vom 15.7.1925 war ein schlagartiger Rückgang der Arztkosten: Vor der Erhöhung verrechneten die für die KVA tätigen praktischen Ärzte monatlich durchschnittlich 103 465 Ordinationen und 60 802 Visiten, in den letzten 4 Monaten 1925 fielen diese Zahlen auf einen Monatsdurchschnitt von 63 856 Ordinationen und 29 530 Visiten, d.h. eine Verminderung um 38% bzw. 51%. Bei der Facharzthilfe waren die entsprechenden Prozentzahlen 43% und 31%.

Es kann nicht angegeben werden, inwieweit dieser Erfolg nun auf die Erhöhung der Sätze oder auf gleichzeitig vorgenommene andere Maßnahmen (schlagkräftigere Einhebung durch die Post an Stelle der Einhebung durch Vorschreibung, verstärkte Kontrolle der Vertrauensärzte) zurückzuführen ist. Nach Korschineks Meinung¹⁾ war die Erhöhung der Gebühren entscheidend, da insbesondere die straffere Einhebung bald wieder aufgegeben wurde und dennoch im Jahre 1926 (ersten vier Monate) die Häufigkeit der Leistungen erheblich zurückblieb gegenüber der Zeit vor der Erhöhung.

4. Parallelität von Einnahme- und Ausgabeentwicklung und die Kostenbeteiligung

Das Finanzsystem der sozialen Krankenversicherung muß, so könnte man argumentieren, möglichst der Forderung entsprechen, daß einer Veränderung der die Ausgaben bestimmenden Faktoren, insbesondere in Richtung einer Ausgabensteigerung eine Veränderung der Einnahmen in gleichem Umfange und in gleicher Richtung parallel laufen soll, und zwar automa-

1) Korschinek war zu jener Zeit Direktor der KVA.

tisch, ohne daß Anpassungsmaßnahmen (Erhöhung der Beiträge, Selbstbeteiligung etc.) zu häufig nötig werden, die, unter rein finanziellen Aspekten durchgeführt, die Verfolgung der jeweiligen sozialpolitischen Ziele nur stören können und zudem oft nur unter erheblichen Schwierigkeiten (Widerstände der Betroffenen) durchzuführen sind. - Diese Forderung bedeutet, daß die Berechnungsbasis von Einnahmen und Ausgaben die gleiche sein muß oder sich doch, wenn schon verschieden, in der gleichen Weise verändern muß.

- a) Vorweg sei jedoch darauf hingewiesen, daß zwar eine solche Regelung für die Kassenverwaltung eventuell erhebliche Erleichterungen mit sich bringen, u.U. aber auch mit dem einen oder anderen sozialpolitischen Ziel der Krankenversicherung kollidieren kann: z.B. läßt ja eine Kostenbeteiligung in der in der Schweiz üblichen Form¹⁾ das Aufkommen im Zusammenhang etwa mit einer Ausgabensteigerung infolge erhöhter Morbidität steigen, was bei den nach der individuellen Leistungsfähigkeit bemessenen Beiträgen (Prozentsatz des Einkommens) nicht der Fall ist. Nun lehnen aber die deutschen Ortskassen und auch der deutsche Gewerkschaftsbund jede Kostenbeteiligung zu finanziellen Zwecken ab. Voraussetzung einer solchen Regelung ist also die Anerkennung des Prinzips, daß die ganze oder wenigstens ein Teil der Kostensteigerung innerhalb der Versichertengemeinschaft ausgeglichen werden soll.
- b) Wann wird nun der Forderung nach automatischer Parallelität von Einnahmen und Ausgaben genügt? Folgende Punkte seien erwähnt, wobei nur die von den Versicherten stammenden Einnahmen in Betracht gezogen werden:
- 1) Die Ursachen der Ausgabensteigerung sind nicht gleichgültig. Ist Bemessungsgrundlage des Beitrags der Lohn bzw. das Gehalt, so wird ein Steigen der Ausgaben im Gefolge einer allgemeinen Preissteigerung ein, wenn auch meist nachhinkendes Steigen auch der Beiträge

1) Nachträgliche summarische Einhebung eines Prozentsatzes der entstandenen Kosten.

mit sich bringen, was bei erhöhter Morbidität nicht notwendig der Fall ist. Ruht der Beitrag bei Arbeitsunfähigkeit, so kann das Aufkommen sogar zurückgehen. Verbesserte Beschäftigung kann, folgt man den Beobachtungen, die unter bestimmten Umständen ein "Krankfeiern" im Falle von Arbeitslosigkeit konstatiert haben¹⁾, sowohl ein Ansteigen der Beiträge als auch einen Rückgang der Inanspruchnahme mit sich bringen.

2) Ausgaben- und Einnahmeseite müssen sich insofern entsprechen, als eine variable Regelung auf der einen auch eine solche auf der anderen Seite erfordert. Werden z.B. die Einzelleistungen der Ärzte bezahlt oder verändert sich - bei starren Preisen der Einzelleistungen - die Struktur und der mengenmäßige Umfang, so müssen auch die Beiträge variable sein, d.h. nicht in festen Beträgen bestehen; z.B. ist das in der der Privatversicherung weitgehend gleichenden schweizerischen Sozialversicherung (nach dem Risiko der betreffenden Gruppe bemessene Prämien) der Fall. Ob jedoch ein - im allgemeinen an die Lohn- und Gehaltssumme gebundener - Automatismus (der, wie sich aus 1) ergibt, ja auch nicht immer ausreichen würde) der fallweisen satzungsmäßigen Erhöhung der Prämien vorzuziehen ist, ist an dieser Stelle nicht zu entscheiden.

3) Die Kostenbeteiligung, im wesentlichen nur die quantitative, ist ein Mittel, um das Aufkommen der Krankenversicherung in mehr oder weniger automatischer Weise mit der Höhe der Ausgaben zu verknüpfen:

aa) Die Selbstbeteiligung kann ein volles Sich-Auswirken einer Kostensteigerung auf die Kassen dadurch verhindern, daß entweder die Kasse von vornherein nur einen Teil der Kosten bezahlt, die Kostenanteile also vom Versicherten direkt an Arzt, Apotheker etc. zu ent-

1) Augustin, a.a.O., S. 108/9: "1919 und 1923 fiel der Wert des Krankengeldes zeitweise erheblich unter den der Arbeitslosenunterstützung bzw. (in der Inflation) unter den des täglichen Lohnes. In beiden Fällen ergab sich eine starke Minderung der Arbeitsunfähigkeitsfälle."

richten sind, oder daß sie - im System der Naturalleistung - die Kosten zunächst voll trägt und dann einen Teil vom Versicherten wieder hereinbekommt. Beide Fälle unterscheiden sich unter unserem Aspekt nicht wesentlich, wenn der etwa in Prozenten festgelegte Kostenanteil in beiden Fällen sich auf die tatsächlichen Kosten bezieht; wie sich ein unter den tatsächlich vom Versicherten zu zahlenden Kosten bleibender Kassenerstattungstarif bei Preissteigerungen auswirken kann, wurde oben dargelegt¹⁾.

Mit Hilfe der Kostenbeteiligung kann nun die Kasse proportional, über- oder unterproportional an etwaigen Kostensteigerungen teilnehmen: ersteres ist z.B. der Fall, wenn die Versicherten einen festen Prozentsatz aller Kosten an die Kasse oder an den Arzt etc. zu entrichten haben. Die Beteiligung in Form fester Beträge läßt die Kassen - bleiben die Beträge unverändert - den größeren Teil der zusätzlichen Kosten übernehmen (gedacht ist hier vor allem an eine Preissteigerung), für den umgekehrten Fall führten wir schon oben das Rückerstattungssystem an.

bb) Neben der Form spielt auch die Struktur der Kostenbeteiligung eine Rolle, d.h. die Verteilung der Teilnahme der Versicherten an den aktuellen Kosten auf verschiedene Ausgabenarten. Je nachdem, ob mit der Kostensteigerung zugleich eine Strukturveränderung der Inanspruchnahme verbunden ist oder ob Preissteigerungen sich nur bei bestimmten Leistungsarten zeigen, kann die Selbstbeteiligung ebenfalls mehr oder weniger erfolgreich die Auswirkungen auf die Kassen abfangen.

Unterschiede in der Vollständigkeit der Deckung einzelner Leistungen oder Leistungsgruppen finden sich z.B. unter folgenden Gesichtspunkten²⁾:

Nach der Dringlichkeit und Lebensnotwendigkeit; wichtige, im Rahmen einer normalen Behandlung zum Teil auch gar nicht zu entbehrende Leistungen werden nicht nur als Pflicht- statt als freiwillige Leistungen gewährt, sondern

1) Siehe oben S.83 ff. -

2) Siehe hierzu das über die Behandlung dieser Fragen in dieser Arbeit Gesagte auf S.62/63.

auch zum Teil ohne oder mit einer nur geringen Selbstbeteiligung (siehe das dänische Beispiel oben auf S.36).

Nach der mit Einzelleistungen oder Behandlungsmethoden verbundenen Kostenhöhe: einzelne, besonders teure Leistungen werden z.B. in der französischen sozialen Krankenversicherung voll (d.h. zu 100% des Erstattungstarifs) vergütet (z.B. schwere chirurgische Eingriffe, bestimmte Medikamente, Verrichtungen, die auf der "nomenclature médicale" besonders bezeichnet sind¹⁾), während zum Teil die andere Tendenz festzustellen ist, gerade die kostspieligen, noch neuen und von den Kassen nicht für genügend erprobt gehaltenen Methoden auszuschalten²⁾. Weiterhin wird zum Teil die gesamte mit einer Erkrankung verbundene wirtschaftliche Belastung in der Kostenbeteiligung berücksichtigt: Saxer erwähnt³⁾, daß einige schweizerische Kassen für den Anteil des Mitglieds eine Höchstsumme von etwa 30.- sfrs. festgesetzt haben, nach deren Entrichtung die weiteren Leistungen kostenfrei gewährt werden; in Frankreich erfolgt vom vierten Monat der Krankheit ab grundsätzlich, also auch, wenn der Betreffende noch nicht in die langfristige Krankenversicherung übernommen wurde, eine 100%ige Erstattung der Tarifsätze.

Schließlich wird zum Teil die Auffassung vertreten⁴⁾, daß nur an jenen Leistungen eine Beteiligung eingeführt werden solle, auf deren Inanspruchnahme der Patient auch einen Einfluß hat. Hierzu ist unten noch Stellung zu nehmen.

5. Im Vorstehenden wurde die Kostenbeteiligung vor allem unter dem (mehr organisatorisch-technischen) Aspekt betrachtet, wie sie als Finanzierungsinstrument für die Kassen geeignet sei. Die deutschen Ortskassen⁵⁾ lehnen nun die Selbstbetei-

1) Perraud-Charmantier und de Riedmatten, a.a.O., S.218ff. -

2) "Volkswirtschaft ... der Schweiz", a.a.O., I/693. -

3) Saxer, "Der Selbstbehalt der Versicherten...", a.a.O. -

4) Siehe unten S. 136. -

5) Hartmann, "Aktuelle Fragen..", a.a.O., S.10.

ligung als Finanzierungsmittel grundsätzlich ab, so etwa der Vorsitzende des Vorstandes der "Vereinigung der Ortskrankenassenverbände", Hartmann, auf dem Krankenkassentag 1955: "Wir sind in dieser Frage (der Selbstbeteiligung) einmütig zu der Auffassung gekommen, daß die Selbstbeteiligung nicht deswegen eingeführt werden darf, um die Krankenversicherung etwa zusätzlich zu finanzieren". "Weiter sind wir uns darüber einig, daß eine Selbstbeteiligung nicht Strafcharakter tragen darf".

Es bleibt hier die Frage, wie das aufzufassen ist und welche Ziele der Selbstbeteiligung dann noch verbleiben.

a) Jede Art und Form von Kostenbeteiligung ist ein Finanzierungsmittel insofern, als sie entweder auf der Ausgaben-
seite Minderungen der Kassenbelastung herbeiführt oder
aber auf der Einnahmenseite zusätzliche Mittel erbringt.
Diese Funktion ist untrennbar mit der Selbstbeteiligung
verbunden, unter welchen Gesichtspunkten sie auch einge-
führt sein mag. (In einer Vielzahl von uns zugänglichen
Fällen spielte allerdings das finanzielle Moment die
Hauptrolle.) Die Äußerung Hartmanns meint offenbar etwas
anderes, nämlich daß die Selbstbeteiligung bezüglich
Höhe, Form und Struktur nicht so sehr vom finanziellen
Aspekt gesehen werden sollte, also von dem des Aufkommens
und der Einsparung her, sondern höchstens zur Verhütung
"mißbräuchlicher Inanspruchnahme" zulässig sei:
"Es besteht allgemein Übereinstimmung darüber, daß eine
mißbräuchliche Inanspruchnahme von sozialen Leistungen
verhindert oder zumindest erschwert werden soll"¹⁾.
Dort also soll die Beteiligung ansetzen, wo sie zu einer
sinnvollen und gerechten Verteilung der gewährten Leistun-
gen führen kann, zur vollkommeneren Verwirklichung des mit
der Krankenversicherung verfolgten sozialpolitischen Ide-
als, soweit diese vom Vorhandensein ausreichender Mittel
abhängt. Es handelt sich also nur um das Zugeständnis
einer gewissermaßen immanenten, im Rahmen des Bisherigen
bleibenden Verbesserung, die im reinen Falle die Gesamt-

1) Hartmann, a.a.O., S. 10.

belastung der Versicherten nicht erhöht: etwa in der Weise, daß die durch die Verhinderung mißbräuchlicher Inanspruchnahme erzielten Mehreinnahmen bzw. Ersparnisse durch großzügigere Leistungsgewährung an Brennpunkten der Gesundheitsfürsorge (langfristige und schwere Krankheiten z.B.) wieder ausgegeben werden. Damit nähert man sich aber schon in gewisser Weise den Vorschlägen etwa auf Ausnahme der Bagatellfälle, die den Begriff "mißbräuchliche Inanspruchnahme" nur in einer offenbar etwas weiteren Weise auslegen: daß eine solche nicht nur dort vorliege, wo objektiv diese oder jene Leistung gar nicht erforderlich gewesen sei (läßt sich so etwas überhaupt feststellen, von wenigen extremen Fällen abgesehen?), sondern schon da, wo Leistungen kostenlos beansprucht werden, obwohl sie angesichts des verdienten Einkommens ganz gut teilweise oder total vom Versicherten selbst bezahlt werden könnten, während die beengte Finanzlage der Kassen eine Hilfe in wirklich schweren Fällen nur unzureichend gestattet.

Als Beispiel für ein System, in welchem die Kostenbeteiligung einen erheblichen Teil der Mittel erbringt, seien folgende Zahlen aus der Schweiz zitiert: Die Einnahmen sämtlicher Krankengeld- und Krankenpflegekassen (der Selbstbehalt spielt natürlich nur in der Krankenpflegeversicherung als Einnahme eine Rolle, die meisten Kassen führen beide Versicherungsarten) sahen 1948, nach den wichtigsten Quellen gegliedert, so aus:¹⁾

Versichertenbeiträge	rd. 71 %)	der
Beiträge der öffentl. Hand	" 14,5%)	Gesamt-
Selbstbehalt der Versicherten	" 9,5%)	einnahmen
Arbeitgeber-Anteile	" 2,0%)	

Bezogen auf die Höhe der Gesamtpflegekosten betrugen 1948 nach einer Aufstellung von Saxer die Kostenanteile der Versicherten rd. 16,8%, in unterbrochenem langsamen Anstieg von 6% im Jahre 1933²⁾.

1) Schweizer. Krankenkassen und Tuberkuloseversicherungssträger 1944 bis 1948, a.a.O. -

2) Saxer, "Der Selbstbehalt", a.a.O.

In der deutschen sozialen Krankenversicherung werden zwar auch rd. 98,5% der Einnahmen durch Beiträge aufgebracht (1953), wovon jedoch - von der Frage der Selbstversicherer abgesehen - die Hälfte durch die Arbeitgeber gezahlt wird. Die Kostenbeteiligung, soweit sie tatsächlich Einnahmen erbrachte und somit in der Statistik¹⁾ enthalten ist (das sind nur die Krankenscheingebühren), brachte nur sehr bescheidene Summen: für die Gebiete, die Krankenscheingebühren erheben - das geschieht nicht in den Ländern der britischen Zone, die dafür die Verordnungsblattgebühr verdoppelt haben, und in Bayern²⁾ - war das höchste durchschnittliche Aufkommen in Hessen anzutreffen mit DM 1,07 je Mitglied (1953) gegenüber einer Gesamtreineinnahme in demselben Land von DM 189,18 je Mitglied, d.h. nur rd. 0,56% der Gesamteinnahmen. Dabei sind allerdings die Verordnungsblattgebühren nicht berücksichtigt, die sich, da die Apotheker die eingezogenen Beträge von ihren Rechnungen an die Kassen abziehen, nicht in Einnahmen, sondern in Gestalt niedrigerer Ausgaben niederschlagen.

Der nicht am finanziellen Erfolg, sondern an der Mißbrauchsverhütung orientierten Selbstbeteiligung scheint es wesentlich zu sein, daß ihre Höhe mehr nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten - die ja allein Maßstab für die Stärke des ausgeübten finanziellen Drucks sein kann - als nach den finanziellen Bedürfnissen der Kasse ausgerichtet ist. - In dem Maße allerdings, in welchem durch Steigerung des Volkseinkommens und gleichmäßigere Einkommensverteilung die Fähigkeit der einzelnen sich verbessert, die von ihm verursachten Krankheitskosten selber (oder mindestens nach dem Prinzip der Individualversicherung) zu tragen, müßte sich eigentlich eine Annäherung der sich aus der individuellen Leistungsfähigkeit und dem Kassenbedarf für Krankheitskosten ergebenden Beträge einstellen: d.h. wenn im Extremfall die ganze Bevölkerung in der Krankenversicherung

1) Statistik der Ortskrankenkassen des Bundesgebiets 1953, a.a.O.

2) Gesetzliche Regelung siehe Fußnoten 1 - 3, S. 21.

erfaßt ist und die Einkommensverteilung relativ gleichmäßig ist, andererseits weder die bisherigen Mittel der Kassen zur Kostendeckung ausreichen noch eine weitere Belastung der Versicherten für tragbar gehalten wird, entsteht die Frage, ob denn die Ansprüche an die Gesundheitshilfe zu groß geworden seien im Verhältnis zum Volkseinkommen. Da schließlich nur aus der Gesamtheit der individuellen Einkommen die Finanzierung erfolgen kann, müßte eigentlich jeder unter den oben genannten Bedingungen sein versicherungsmathematisches Risiko auch zum Teil in Form einer Selbstbeteiligung leisten können. Eine Ablehnung der Selbstbeteiligung in einer Höhe, die etwa an die Durchschnittskosten für den einzelnen Versicherten heranreicht, kann dann wohl nicht mehr mit der Begründung, daß der Versicherte sie nicht tragen könne, erfolgen, sondern deshalb, weil sie auf die relative Leistungsfähigkeit nicht genügend Rücksicht nimmt oder nicht genug Schutz gegen den plötzlichen Schadensanfall bietet, abgelehnt werden.

Ein Mittel, den unter Anwendung der bisherigen Finanzierungsmethoden zu groß erscheinenden Druck der Kosten zu mildern, mag auch die immer differenziertere Ausgestaltung des Einnahmesystems sein: unter diesem Aspekt läßt sich auch die Kostenbeteiligung betrachten, analog also dem von Gerloff¹⁾ für die Finanzwissenschaft genannten Prinzip der "absoluten und relativen Beschränkung des Steuerdruckes". "Der Steuerdruck wird absolut beschränkt durch die Wahl einer geeigneten Vielheit von Steueransatzpunkten. Dies verringert den Steuerdruck nicht nur relativ, sondern auch absolut, nicht scheinbar, sondern tatsächlich, da dadurch Steuerkräfte zum Mittragen herangezogen werden, die bei Aufbringung der gleichen Last durch eine einzige oder einige wenige Steuern gar nicht oder nicht in gleichem Maße getroffen würden. Relativ wird der Steuerdruck aber vermindert durch die Umstände der Steuerentrichtung. Die in kleinen Beiträgen und bei verschiedenen

1) W. Gerloff, "Die öffentliche Finanzwirtschaft", Teil I, S. 187, 2. Auflage, Frankfurt/M., 1947.

Anlässen indirekt auferlegten Steuern üben bekanntlich einen geringeren Druck aus als Verpflichtungen zu Zahlungen in großen Beträgen und zu bestimmten Terminen".

Mag nun das über die relative Beschränkung des Steuerdrucks Gesagte im Falle der Selbstbeteiligung in etwa zutreffen, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß

- 1) das in Deutschland überaus einfache Verfahren der Beitragseinhebung durch meist kompliziertere Methoden des Einzugs der Kostenbeteiligung ergänzt werden müßte,
- 2) die Selbstbeteiligung den Versicherten häufig gerade dann trifft, wenn sein Einkommen sich bei Arbeitsunfähigkeit vermindert,
- 3) die bisherige Kostenlosigkeit der Leistungen und damit eine eventuelle Selbstbeteiligung infolge der langen Gewöhnung und der Verbindung mit den Errungenschaften der Sozialpolitik bei den Versicherten zum Teil eine ähnliche Reaktion auslösen dürfte wie etwa eine Erhöhung des Milchpreises, so gilt das über die absolute Beschränkung Gesagte in unserem Falle wenigstens so lange nicht, wie nur eine Einkommensquelle bei den Versicherten in Betracht kommt, nämlich das Arbeits-einkommen, welches sowieso nach der Leistungsfähigkeit herangezogen wird.

Die angedeuteten Probleme treten jedoch mit den Ausweitungstendenzen der Sozialversicherung immer mehr in den Vordergrund.

C. Die verwaltungsmäßig-technische Durchführung der Selbstbeteiligung

1. Die Frage, wie die Verwaltungsorgane der Kassen die ihnen vom Gesetzgeber oder der Satzung auferlegte Selbstbeteiligung realisieren können, wirft - faßt man den Begriff in dem oben bezeichneten weiten Sinne auf - recht unterschiedliche Probleme auf. - Bei der qualitativen und zeitlichen Form der Selbstbeteiligung handelt es sich z.B. um die Frage, wie denn die Einhaltung der diesbezüglichen Bestimmungen gewährleistet werden kann, bei der quantitativen steht hingegen die Frage der Einhebungstechnik im

Vordergrund; folgende Möglichkeiten ergeben sich hier:

1. Die Kassen heben die Kostenanteile selbst ein.
2. Die Kassen heben die Anteile indirekt, d.h. unter Einschaltung dritter Personen ein.
3. Die Kassen heben die Anteile gar nicht ein, diese fließen vielmehr den die Sachleistungen erbringenden Personen zu.

a) Die Kasse zahlt den Wert der Leistungen direkt an diese Personen, jedoch unter Abzug des Betrags, den diese von den Kassenmitgliedern selbst einzuhellen hatten. In dieser Form findet sich auch meist der unter 2) genannte Fall.

b) Der Kostenanteil ist nicht ein fixierter Betrag oder ein Prozentsatz, an den der Arzt etc. sich zu halten hätte. Die Höhe der Selbstbeteiligung hängt vielmehr vom Vertrag zwischen ihm und dem Versicherten ab.

aa) Die oben erwähnte Regelung des Rückerstattungs-systems, wenn Kassen- und Arzttarife divergieren.

bb) Die Kasse zahlt an den Lieferanten etc. direkt einen Teil des Wertes (Grundleistung, z.B. für die Standardbrille), der Restbetrag hängt jedoch von der endgültig ausgeführten Qualität der Leistung ab, deren Wahl dem Versicherten überlassen ist.

2. Die technischen Probleme der qualitativen und zeitlichen Selbstbeteiligung seien hier nur kurz gestreift:

bei der qualitativen Selbstbeteiligung ergibt sich z.B. die Frage, wie die Ausnahmen von der Leistungspflicht der Kassen angeordnet werden können, 1) ohne daß durch eine unübersichtliche Regelung die mit der Leistung beauftragten Personen versehentlich die Leistungen doch gewähren oder 2), wenn nur bestimmte Leistungen generell ausgenommen werden, ohne daß die Behandlungsfreiheit der Ärzte sehr erheblich eingeschränkt wird: aus erstgenannter Forderung ergibt sich, daß z.B. eine Abgrenzung nach Leistungsgruppen (zahn- oder fachärztliche Behand-

lung etc.), die mit bestimmten Personenkreisen zusammenfällt, einer enumerativen Regelung vorzuziehen ist, die eine große Zahl von Leistungen positiv (d.h. sie werden geleistet) oder negativ aufzählt (Arzneilisten). - Zu 2): Steht die Art, wie üblicherweise ein Leiden behoben wird, fest, z.B. Kurzsichtigkeit durch eine Brille, so beschränkt die Nichtgewährung solcher Leistungen den Arzt in seiner therapeutischen Freiheit weniger als solche Fälle, in denen die Wahl der Behandlungsmethode dem Arzt überlassen ist, die Kasse aber zu bestimmten Methoden etwa erforderliche Arzneien nicht gewährt; im ersten Fall ist der Arzt nicht zum Ausweichen auf eine andere Methode gezwungen, der Versicherte muß auf jeden Fall die Brille selbst zahlen. Im zweiten Fall zieht man daher der Ausnahme z.B. bestimmter Arzneien ein mehr formales Kriterium vor, daß nämlich die Leistungen das Ausmaß einer nötigen und angemessenen, wenngleich ausreichenden, und sparsamen Behandlung nicht überschreiten sollen. Die Problematik der Durchführung eines solchen formalen Maßstabs ist aus der Geschichte des Kampfes zwischen Ärzten und Kassen in Deutschland bekannt¹⁾. Die Kontrollmöglichkeiten der Kassen über die Einhaltung der genannten Vorschriften sind nicht ohne Beziehung zum Vergütungssystem der Ärzte und Lieferanten: die Kassen legen Wert darauf, entweder durch ein pauschales Vergütungssystem das Risiko auf die Ärzte abzuwälzen oder - wo das nicht möglich ist und die Versicherten nicht stärker herangezogen werden sollen - die Möglichkeit des Regresses in das Honorar vorzusehen, damit die ärztlichen Interessen mit denen der Kassen verbunden sind. Allerdings kann man nur jene Personen sinnvollerweise zum Regress heranziehen, denen auch eine entsprechende Verantwortlichkeit - durch Überblick über die Zusammenhänge - zugemessen werden kann, vor allem also den Ärzten.

Bei der zeitlichen Selbstbeteiligung tauchen Probleme auf wie, auf welche Weise man Beginn und Ende der Krankheit bzw. Leistungspflicht kontrollieren kann u.a.m., auf welche hier nicht mehr näher eingegangen werden soll.

1) Siehe Augustin, "Die Arztfrage", a.a.O., S. 60 ff.

3. Die Technik der quantitativen Kostenbeteiligung.

Die Ausführungen beziehen sich zunächst auf die oben unter Punkt 1 bis 3a genannten Fälle; jedoch wird das Rückerstattungssystem, das die Lösung einiger Probleme in zum Teil besonders einfacher Weise gestattet, obwohl es grundsätzlich einen höheren Verwaltungsaufwand erfordert als das deutsche System der Naturalleistungen, an den betreffenden Stellen gleich miterwähnt.

a) Zwei häufig erörterte Fragen zur Einhebungstechnik sind:

- 1) Wie und von wem sollen die fälligen Kostenanteile errechnet, eingehoben und kontrolliert werden ? Dies sowohl zeitlich (vor, gleichzeitig mit oder nach der Leistungsgewährung) als sachlich-persönlich (bei welchen Leistungen soll eine Kostenbeteiligung erhoben werden, soweit dies von der Technik aus bedingt ist, und bei welchen Personen im Prozeß der Leistungsgewährung-Ärzten, Apothekern etc.).
- 2) Welche Bedingungen sind einer Differenzierung der Selbstbeteiligung günstig ?

b) Bezüglich der ersten Frage kann man zwei Methoden unterscheiden:

- 1) Die Selbstbeteiligung wird in kleinen und kleinsten Beträgen eingehoben, und zwar in der Regel vor oder gleichzeitig mit der Leistungsgewährung. Für einzelne Leistungen sind feste Gebührensätze oder Prozentsätze ihres Wertes einzuheben.
- 2) Die Kostenbeteiligung wird nachträglich (nach Abschluß der ganzen oder nur eines Teils der Behandlung) summarisch eingehoben, vor allem als Prozentsatz der gesamten angefallenen oder beteiligungspflichtigen Kosten, so bei vielen schweizerischen Kassen.

Beim Rückerstattungssystem kann die Erstattung für jede, besonders abgerechnete einzelne Leistung oder aber für die zusammengefaßten, vom Versicherten vorgelegten Kosten eines mehr oder weniger langen Zeit-

raums erfolgen: das Charakteristische des Verfahrens liegt jedoch in der Umkehrung der Reihenfolge, die den Versicherten zuerst eintreten läßt.

Zu 1):

Soll bei Gewährung einzelner Leistungen bzw. Vornahme bestimmter Verwaltungsakte der Kostenanteil gleich mit eingehoben werden - und eine vorherige bzw. gleichzeitige Belastung, der Augustin¹⁾ einen wesentlich stärkeren Bremseffekt zuschreibt als einer nachträglichen, läßt sich nur als meist recht geringe Pauschalbelastung am Anfang oder an einigen Punkten des Leistungsprozesses durchführen, oder in der Form einer sich am jeweiligen Wert der Einzelleistung orientierenden Selbstbeteiligung, wenn man den Kostenanteil nicht ohne Rücksicht auf die Kosten der Gesamtbehandlung festsetzen will -, so kann der Versicherte seinen jeweiligen Anteil direkt an die Kasse oder die die Leistung erbringende Person entrichten; ersteres dürfte nur angebracht sein, wo

1. die Kassenzahlstellen relativ leicht zu erreichen sind,
2. diese, sich aus der Struktur der Beteiligung ergebend, nicht zu häufig aufgesucht werden müssen,
3. die Kassen Unterlagen in die Hand bekommen, um die vorschriftsmäßige Entrichtung zu kontrollieren.

Diese Kassen können die Leistungen (bzw. Verwaltungsakte) entweder selbst erbringen oder aber durch ihre Vertragspartner (Ärzte etc.) ausführen lassen; im ersten Fall ist ihnen eine Kontrollmöglichkeit nach dem Prinzip "Leistung gegen Kostenanteil" (Zug um Zug) gegeben: der Krankenschein wird nur gegen Zahlung der Gebühr ausgehändigt. Werden die Leistungen durch Dritte erbracht und können diese - wie bei den Ärzten fast stets der Fall - nicht direkt in das Einzugsverfahren des Kostenanteils eingeschaltet werden, so kann z.B. das oben²⁾ beschriebene Markenklebeverfahren angewendet

1) Augustin, "Die Arztfrage", a.a.O. -

2) Siehe oben S. 29/30.

werden; der Versicherte hat vor der Behandlung seinen Kostenanteil durch Kauf von Marken an die Kasse zu zahlen. Die Kontrolle ist den Kassen dadurch möglich, daß sie von den Versicherten oder den Ärzten direkt eingereichten Rechnungen mit Marken im festgesetzten Werte versehen sein müssen. Dabei ist es nicht unwichtig, ob die Kassen den Ärzten gegenüber nur unvollständig beklebte Rechnungen nur unter Abzug des fehlenden Kostenanteils bezahlen müssen oder ob sie sich lediglich an die Versicherten halten können; im ersten Fall werden die Ärzte zu Kontrollorganen der Kassen; im letzteren Fall ist die Verrechnung mit fälligen Krankengeldansprüchen eine brauchbare Methode.

Das Markenklebeverfahren ist für den Versicherten in der oben dargestellten Solothurner Form am einfachsten, wenn es nämlich nur eine Markensorte gibt, die für alle Fälle der Beteiligung verwendet werden kann. Wie Augustin berichtet¹⁾, fand sich jedoch bei einer Luxemburger Betriebs- (Patronats-)Kasse für jede einzelne Leistungsart ein besonderes Ticket; dieses mußte zudem am Kassenschalter erworben werden; allerdings sind die räumlichen Verhältnisse bei einer Betriebskrankenkasse nicht allzu ausgedehnt und relativ leicht zu bewältigen (Kassensitz und Arbeitsplatz fallen zusammen). Bei der Betriebskasse der "Société metallurgique des terres rouges Esch-sur-Alzette" war außerdem die Struktur der Beteiligung sehr undifferenziert: es gab ein Konsultationsticket, ein Besuchsticket und Reisetickets (je Km).

- c) Die Beauftragung dritter Personen stößt häufig auf eine Reihe von Schwierigkeiten: die Betroffenen sträuben sich gegen eine Übernahme zusätzlicher Verwaltungsarbeit, evtl. auch zusätzlichen Risikos, wenn nämlich der Versicherte nicht bezahlt, die Kassen aber nur den Restbetrag erstatten. Das im Anschluß an die Notverordnung vom 27.7.30 zustandegekommene Abkommen zwischen den Verbänden der

1) Augustin, a.a.O., S. 100 ff.

Apotheker und Kassen vom 21.8.1930¹⁾ sah im wesentlichen folgende Regelung vor:

Die Apotheker verpflichteten sich grundsätzlich zum Einzug der Verordnungsblattgebühr von RM -.50; war diese vom Versicherten nicht zu erlangen, so erstatteten die Kassen die Apothekerrechnung voll, wenn es sich um nachts ausgestellte Verordnungen handelte oder wenn die Zahlung im Augenblick und auch bei kurzfristiger Stundung über die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten (die ja in der Notverordnung vom 1.12.1930 stärker berücksichtigt wurden) hinausging. Diese Fälle waren der Kasse wöchentlich mitzuteilen. Im übrigen hatten die Apotheker den Gesamtbetrag der den Kassenmitgliedern gelieferten Verordnungen abzüglich der Kostenbeteiligung in Rechnung zu stellen; unter obiger Voraussetzung erkannten die Apotheker die Abschlagspflicht des rabattpflichtigen Teils der gesamten Arzneirechnung an (also einschließlich der Kostenanteile und einschließlich der Verordnungen, deren Wert die Gebühr nicht überstieg).

Weiterhin stößt das Bemühen, die Kostenbeteiligung nach Kriterien zu differenzieren, die nicht in der Leistung selbst liegen (und hier schon führt eine sachlich und rechnerisch komplizierte Lösung zu Widerständen), bei Einschaltung dritter Personen auf Schwierigkeiten: vor allem die Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit, der Krankheitsdauer, Krankheitsart u.a.m. Die für die Berücksichtigung dieser Kriterien notwendige Tatsachenkenntnis ist in der Regel an einem oder einigen Zentralpunkten des Systems konzentriert, vor allem bei den Kassen (z.B. wirtschaftliche Verhältnisse des Versicherten, besonders wenn sie generell festgelegt sind - Rentner, Arbeitslose -) und bei den behandelnden Ärzten. Den ausführenden Personen müssen diese Tatbestände auf irgendeine Weise zur Kenntnis gebracht werden. Welche Schwierigkeiten sich allein bei der Feststellung des tatsächlichen Einkommens für jene Kostenbe-

1)"Vertrag vom 21.8.1930 ...", a.a.O.

teiligungspläne ergeben, die eine Differenzierung nach dem tatsächlichen Einkommen vorschlagen, oder auch nur, wie das "Drei-Professoren-Gutachten"¹⁾ eine feste Untergrenze (etwa DM 300.- monatlich) vorsehen, erhellt schon daraus, daß dieses Einkommen ja ständig schwankt und auch von den Kassen im Einzelfall nur bei Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird.

Das Gutachten der Gesellschaft für sozialen Fortschritt²⁾ sieht für die Realisierung einer nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit differenzierten Selbstbeteiligung folgende Regelung vor:

Es wird keine Krankenschein- oder Verordnungsblattgebühr erhoben, sondern eine prozentuale, nicht zu geringe Beteiligung an den Arzneikosten. Dieser Prozentsatz soll abgestuft werden nach dem Grundlohn der Versicherten und ihrem Familienstand; der jeweils zutreffende Prozentsatz ist von den Kassen bei Ausgabe des Krankenscheins auf diesem zu vermerken, der Arzt hat ihn auf sein Rezept zu übertragen, der Apotheker muß dann den Betrag des Kostenanteils errechnen. Als generelle Ausnahmen sind vorgesehen:

1. Bestimmte Versichertengruppen (Arbeitslose und Fürsorgeempfänger),
2. bestimmte Medikamente, die erfahrungsgemäß bei ernstesten Krankheiten längere Zeit gebraucht werden.

Der Kreis der zu befreienden Personen dürfe im übrigen nicht zu weit gefaßt werden, weil sonst, trotz einer mit deren Umfang immer komplizierter werdenden Regelung, der Erfolg der Kostenbeteiligung zweifelhaft sei. Der Kostenanteil in der Krankenversicherung der Rentner sei nötig, weil hier der Arzneimittelvebrauch besonders hoch sei (1953: DM 23,12 für jeden versicherten Rentner, DM 17,81 für jeden Versicherten in der allgemeinen Krankenversicherung³⁾). Man könne den Rentnern auf anderem

1) "Zum Problem der Realisierbarkeit", (Rohrbeck-Roehrbein-Meyrich), a.a.O., S. 57. -

2) "Bericht des Ausschusses zur Erörterung einiger grundsätzlicher Fragen", a.a.O. -

3) Statistik der Ortskrankenkassen 1953, a.a.O. Zu berücksichtigen ist hier auch, daß auf den Versicherten in der Rentner- und allgem. Krankenversicherung eine verschiedene Angehörigenzahl entfällt.

Wege, etwa durch eine Rentenerhöhung, diese Beträge wieder zukommen lassen. - Eine der Schwierigkeiten, wie sie sich bei der praktischen Durchführung der Selbstbeteiligung ergeben können, zeigt ein Fall, von dem die "Deutsche Apothekerzeitung" 1930 berichtete¹⁾: auf dem Lande waren Rezeptsammelkästen eingerichtet, die von der betreffenden Apotheke geleert wurden; die Heilmittel gelangten mit der Bahn oder Post in den Besitz des Kassenmitglieds, manchmal auch durch Vermittlung eines Milchkutschers etc. Da nun nach der Verordnung vom 27.7.1930 die Verordnungsblattgebühr zu erheben war, vereinbarte schließlich die Ortskasse Tauberbischofsheim mit den Apothekern, daß die Kassenverrechnungsstellen auf den Ortschaften Markenheftchen mit Marken im Einzelwert von RM -.50 (= der Gebühr) herausgeben sollten; jeder, der sein Rezept in den Sammelkasten warf, mußte vorher eine solche Marke aufkleben. Betrugen die Kosten im Einzelfall weniger als RM -.50, so mußte der Apotheker die Differenz dem Versicherten zurückerstatten, konnte dann aber der Kasse die vollen RM -.50 in Rechnung stellen.

- d) Das oben als summarische Einhebung bezeichnete Verfahren hat den Vorteil, daß die Kasse zunächst einen Überblick über die im Einzelfall entstehenden Gesamtkosten erhält, so evtl. nach Kostenhöhe und Leistungsdauer leicht differenzieren kann. Daß weiterhin die Kasse es ist, die den Kostenanteil erhebt, die, wenn überhaupt jemand, die Leistungsfähigkeit der Versicherten kennt und in einheitlicher Weise berücksichtigen kann, daß schließlich der Versicherte bei bestimmten Verfahrensformen den Kostenanteil erst dann zu entrichten braucht, wenn er wieder arbeitsfähig und gesund ist. Nachteilig hingegen ist, daß u.U. ein größerer Betrag auf einmal zu zahlen ist und daß die Leistungsgewährung nicht an die Bedingung der Zahlung des Kostenanteils gebunden ist (nachteilig wenigstens von dem Aspekt der Erhebungstechnik aus). Wie eine größere schweizerische Krankenkasse diese Probleme

1) Jg. 1930, S. 1011 ff.

bewältigt, sei am Beispiel der öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt gezeigt, das zugleich Einblick in die differenzierte Selbstbeteiligungsregelung einer schweizerischen Kasse gibt¹⁾:

Die Mitglieder der Kasse haben beim Bezug des Krankenscheins, der als Ausweis für die Behandlung zu Lasten der Kasse gilt, eine Gebühr zu entrichten. Zu den Kosten der ärztlichen Behandlung sind 15% beizusteuern, wofür von den Kassen besondere Rechnung gestellt wird. In der Apotheke ist beim Bezug von Medikamenten ein kleiner Betrag zu zahlen, und zwar für jede angefangenen sfrs. 5.- sfrs. -.30, durchschnittlich etwa 10% der Verordnungskosten. Bei Spitalpflege sind bescheidene Verpflegungsbeiträge zu zahlen, die periodisch entrichtet werden. Die auf den Krankenscheinen enthaltenen Arztabrechnungen werden für den einzelnen Krankheitsfall auf Lochkarten übertragen. Auf diese Weise lassen nachher maschinell sich die Monatsabrechnungen der Ärzte und alle möglichen Statistiken erstellen. Außerdem enthalten die Lochkarten auch den 15%igen Anteil, so daß sich durch entsprechende Lochkartenmaschinen leicht die Selbstbehaltsrechnungen anfertigen lassen. Es werden jährlich rd. 150 000 solcher Rechnungen versandt, und zwar auf Postscheckformulare gedruckt, mit denen an jeder Poststelle der Betrag eingezahlt werden kann. Die Selbstbeteiligung für Medikamente und andere Verordnungen wird in den Apotheken und anderen in Frage kommenden Vertragsanstalten vor Ausführung der Leistungen einkassiert. Bezüglich der Spitalkostenanteile gilt die gleiche Regelung wie für den Arzneikostenanteil. Leider macht der Artikel keine Angaben über die Regelmäßigkeit des Eingangs der mit den Rechnungen erhobenen Beträge.

- e) Bezüglich der oben²⁾ unter 3b) genannten Fälle entstehen technische Schwierigkeiten, die an dieser Stelle zu erörtern von Interesse wäre, kaum: das Rückerstattungssystem wirkt an Berechnungs- und Feststellungsproblemen

1) "Die Beteiligung der Mitglieder an den Heilungskosten ..", a.a.O. -

2) Siehe oben S. 115.

vor allem jenes auf, wie die Kontrolle der von den Versicherten zur Erstattung eingereichten Rechnungen am besten und wirtschaftlichsten unter Berücksichtigung aller dabei eine Rolle spielenden Gesichtspunkte (z.B. Differenzierung) durchgeführt werden kann, und wie man den Versicherten die Beträge am besten zukommen läßt. Die unter 3b)bb genannten Fälle sind in vieler Hinsicht etwa der Arzneikostenbeteiligung ähnlich, was die technische Seite betrifft: die Kassen zahlen nur den um den Kostenanteil des Versicherten verminderten Teil der Gesamtkosten an den Lieferanten aus, den Rest muß er selbst einziehen. Allerdings ist hier der Kassenbeitrag absolut festgelegt, die Gewährung ist auch häufig an eine vorherige Genehmigung gebunden.

Interessanter ist diese Methode im Hinblick auf ein unten noch näher zu erörterndes Thema¹⁾, die Frage nämlich, ob und mit welchen Folgen und in welcher Form die Entscheidung über die Höhe des Kostenanteils dem Versicherten selbst überlassen werden kann. Im Gegensatz zum System der Wahltarife, das - soll es sinnvoll sein - eine umfassendere Differenzierung zwischen den Leistungsgruppen (Tarifen mit jeweils verschiedenen Beiträgen) voraussetzt, läßt obige Methode die Wahlfreiheit dort besser durchführen, wo, wie im nahezu vollständigen Leistungssystem der deutschen sozialen Krankenversicherung, nur an einzelnen Punkten bezüglich weniger, meist nicht besonders dringender oder selten anfallender Leistungen für eine solche Freiheit der Versicherten Raum verbleibt.

1) Siehe unten S. 142.

V. Die Kostenbeteiligung und die Stellung der Versicherten in der Sozialen Krankenversicherung

A. Allgemeines

1. Bei der Erörterung der Frage nach den Beziehungen zwischen Selbstbeteiligung und Versicherten werden vor allem zwei Gesichtspunkte in den Vordergrund gestellt:

- 1) Dass die Selbstbeteiligung den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten angemessen sein müsse,
- 2) dass darauf zu achten sei, daß die Aufgaben der sozialen Krankenversicherung im Hinblick auf die Erhaltung und die Förderung der Gesundheit der Versicherten nicht gestört werden.

Beide Fragen hängen - so wird häufig behauptet - eng zusammen: ist die primäre Aufgabe jeder Krankenversicherung, ihren Mitgliedern wirtschaftliche Hilfe im Falle einer Erkrankung zu bringen, so hat die soziale Krankenversicherung dies unter dem zusätzlichen Aspekt zu tun, daß ihre Versicherten grundsätzlich wirtschaftlich schwach und damit schutzbedürftig sind. Die Aufgabe der sozialen Krankenversicherung bestehe also darin, einerseits eine möglichst umfassende Hilfe zu gewähren, andererseits von den Mitgliedern hierfür keinen höheren Beitrag etc. einzufordern, als deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit entspricht. Jede über dieses Maß hinausgehende Belastung bringe die Gefahr mit sich, daß die Versicherten - wenn nicht die Heranziehung etwa in Form eines Zwangsbeitrags erfolgt - die Gesundheitshilfe nicht in dem (unter welchem Gesichtspunkt auch immer) erwünschten oder notwendigen Ausmaß in Anspruch nehmen: wo, wie in der Schweiz, eine freiwillige, vorwiegend nach den Grundsätzen der Individualversicherung gestaltete Sozialversicherung besteht, stehen minderbemittelte Bevölkerungskreise vom Eintritt in die Kassen wegen zu hoher Versicherungsprämien überhaupt ab¹⁾, wo, wie in Deutschland oder Frankreich, eine Zwangsversiche-

1) Hänggi, "Probleme einer gesetzlichen Neuordnung", a.a.O.

rung vorhanden ist, wird darauf hingewiesen¹⁾, daß diese Gefahr vor allem im Zusammenhang mit einer die Leistungsgewährung bedingenden Kostenbeteiligung bestehe. -

Wird nun das Primat der Gesundheitssicherung in der sozialen Krankenversicherung in dieser Weise begründet, daß nämlich die wirtschaftliche Schwäche der Mitglieder Anlaß zur Übernahme der Verantwortung für die wirtschaftlichen Folgen einer Erkrankung auf eine Kollektiv-Organisation sei, die auf jeden Fall dem einzelnen, unabhängig von seinen Mitteln, diese Hilfe zu gewähren habe, so ist damit nur diesen speziellen Bedingungen gegen das Prinzip der Eigenvorsorge oder das der Individualversicherung Stellung genommen: hier herrscht das Primat des Inhalts privatrechtlicher Verträge, aus welchen sich der Umfang der wirtschaftlichen Hilfe im Krankheitsfalle ergibt; daß aber jemand im Rahmen seines individuellen wirtschaftlichen Budgets über den Umfang seiner Vorsorge gegen Krankheit selbst entscheiden kann, setzt eine angemessene wirtschaftliche Bewegungsfreiheit voraus.

2. Wird die Verantwortung dafür, daß den wirtschaftlich schwachen Personen oder Gruppen unter annehmbaren Bedingungen Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ermöglicht wird, der sozialen Krankenversicherung oder einer noch umfassenderen Institution übertragen, so ist damit nicht auch schon die Verantwortlichkeit für den tatsächlichen Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme der Leistungen im Bedarfsfall gesetzt: aus dem Argument, daß die Krankenscheingebühr abzulehnen sei, weil sie eventuell das rechtzeitige Aufsuchen des Arztes verhindere (ohne daß dies durch deren unerträgliche Höhe bedingt ist), scheint aber die Einstellung zu sprechen - von der langfristigen Auswirkung auf die Finanzlage der Kassen abgesehen -, daß die soziale Krankenversicherung auch für das tatsächliche Ingangsetzen der Behandlung verantwortlich sei; jedes, auch das kleinste Hindernis

¹⁾Eine von vielen Äußerungen dieser Art: Hartmann, "Aktuelle Fragen", a.a.O.

soll möglichst beseitigt werden, weil man ein öffentliches Interesse (des Staates, der hinter der Sozialversicherung stehenden Kreise etc.) an der Vornahme der Behandlung hat. Offensichtlich wird hier dem einzelnen ein weiterer Teil der Verantwortung für sein Leben abgenommen; im Extremfall greift man zur zwangswisehen Reihenuntersuchung oder -behandlung (wie etwa bei bestimmten ansteckenden Krankheiten). Man kann unter diesem Aspekt geradezu ein Schema aufstellen, dessen beide Pole sind:

- 1) Der Fall, daß sich jemand alle Entscheidungen bezüglich wirtschaftlicher Vorsorge gegen Krankheit, wie auch bezüglich Beginn, Art, Dauer der Behandlung offen läßt, sich also auch nicht einmal einer Privatversicherung anschließt,
- 2) daß alle diese Fragen von außerhalb des Willens des Betreffenden liegenden Faktoren bestimmt werden. Dazwischen liegen alle möglichen Formen der partiellen Bindung. Wenn nun der individuelle wirtschaftliche Spielraum das physische Existenzminimum nicht oder kaum übersteigt, geht der erste Fall in den zweiten über: der Betreffende hat dann (weil er kein Geld besitzt) nicht die Möglichkeit der Vorsorge oder Entscheidung, er ist auf Hilfe von außen angewiesen.

Das Bemühen, den Versicherten zur rechtzeitigen Inanspruchnahme der eröffneten Möglichkeiten zu bewegen, findet sich - zum Teil auch nur unter dem Aspekt, der Versichertengemeinschaft selbst eine möglichst rationelle Verwendung der Mittel zu gestatten, d.h. nicht durch individuellen Schlendrian teure, langfristige Krankheiten verursachen zu helfen - - etwa in der dänischen Krankenversicherung: ein Däne, der für ein Rehabilitationsverfahren der Invalidenversicherung auf Beschluß des Invalidenversicherungsgerichts in Frage kommt, hat die Pflicht, sich diesem auch zu unterwerfen, will er nicht seinen Leistungsanspruch verlieren. In anderen Systemen ist die regelmäßige Mitwirkung des Versicherten (Vornahme von Untersuchun-

gen etc.) Voraussetzung der Gewährung bestimmter Leistungen¹⁾.

- 3) Die Frage nun, welche Aufgaben die soziale Krankenversicherung in der Ausprägung, die sie in Deutschland gefunden hat, heute übernehmen soll, ist strittig. Zwei Tendenzen seien hier nur angeführt: Hinsichtlich des der gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesenen Personenkreises verweist die Rothenfelser Denkschrift zutreffend darauf, daß heute für die große Mehrheit der Arbeiter und Angestellten die Kennzeichnung als "wirtschaftlich und sozial Schwache" nicht mehr zutrifft²⁾. Dieses Zitat aus dem Drei-Professoren-Gutachten deutet einen Hauptgrund der Diskussion an: die veränderte wirtschaftliche und soziale Lage der Arbeitnehmerschaft. Daraus ergibt sich einerseits die Tendenz, die Leistungsstruktur dem veränderten Tatbestand "Hilfsbedürftigkeit" anzupassen, nicht zuletzt auch die Forderung nach einer quantitativen Kostenbeteiligung oder nach Ausschaltung der sog. Bagatellfälle, andererseits ging u. a. mit der Veränderung der wirtschaftlichen und sozialen Lage des erfaßten Personenkreises und mit Änderung in der Einstellung zu der Frage, wieweit Öffentlichkeit und einzelner für die Erhaltung der Gesundheit verantwortlich seien, eine Verschiebung der Leistungsstruktur vor sich, die ein immer stärkeres Überwiegen der Sachüber die Barleistungen mit sich brachte. Da aber das Interesse an einer Vorsorge für medizinische Leistungen - zudem noch unter relativ günstigen Bedingungen - nicht auf die Arbeitnehmerschaft beschränkt ist, sondern fast für die ganze Bevölkerung besteht, zudem andere Bevölkerungsschichten durch die Kriegs- und Nachkriegsereignisse zum Teil in Not und Elend gerieten³⁾, ergab sich eine Ausweitungstendenz, d. h. die soziale Krankenversicherung sollte nicht nur auf die Arbeitnehmer beschränkt bleiben. Die Forderung nach Sicherung und

1) So etwa die Zahnbehandlung in der niederländischen Krankenversicherung. Siehe "De kleine Gids...", a. a. O. -

2) "Zum Problem der Realisierbarkeit" (Rohrbeck-Roehrbein-Meyrich), a. a. O., S. 53. -

3) Mackenroth, "Die Reform...", a. a. O.

Förderung der Gesundheit, die sich notwendigerweise auf das ganze Volk beziehen muß, läßt auch die Einbeziehung aller in die hierfür vorgesehenen Institutionen sinnvoll erscheinen. (Damit ist über zentralisiertes oder gegliedertes System, über freiwillige oder Zwangsmitgliedschaft nichts gesagt, sondern nur, daß etwa für bestimmte, schwere Risiken z.B. eine über die Möglichkeiten der Privatversicherung hinausgehende Hilfsorganisation für alle Bürger vorzusehen sei u.a.m.¹⁾). Die Frage des Umfangs der sozialen Krankenversicherung wurde etwa in Ausführungen Mackenroth's, der die These vertrat, daß die Sozialpolitik und damit die Sozialversicherung infolge der veränderten Verhältnisse nicht mehr "schichtenspezifisch", sondern "qualitativ total" und damit auch quantitativ weit umfassender sein müsse²⁾, und G. Albrechts erörtert, der meint, daß auch heute noch eine Beschränkung auf die Arbeitnehmerschaft für die Sozialversicherung angebracht sei, weil es sich hier um eine feste Institution zur Behebung einer konstitutiven, d.h. in der bestehenden Wirtschaftsordnung enthaltenen Gefährdung des sozialen Friedens handle, während außerordentliche Notlagen durch Sondermaßnahmen (öffentliche Hilfe in dieser oder jener Form) behoben werden müßten³⁾. Die Erfahrung, daß jeder heute sozusagen über Nacht hilfsbedürftig werden kann, diene übrigens vor allem in der Diskussion der Nachkriegszeit zur Begründung der Forderung, die ganze Bevölkerung in die Sozialversicherung zwangsweise einzubeziehen.

In unserem Zusammenhang interessiert jedoch mehr das erstgenannte Problem: soll und kann die bisherige, relativ vollständige Leistungsstruktur der sozialen Krankenversicherung in der Bundesrepublik (wenigstens was Sachleistungen anbetrifft) aufgelockert werden,

1) Siehe auch "Neuordnung der sozialen Leistungen", a.a.O., I/S. 34. -

2) Mackenroth, a.a.O. -

3) Albrecht, "Der Standort der Versicherungsreform...", a.a.O.

ohne gegen die oben genannten Bedürfnisse der Versicherten zu verstoßen, welche Vorschläge gibt es und welche Gesichtspunkte sind hierbei zu beachten.

- 4) Schließlich sei die Bemerkung erlaubt, daß die Tatsache, daß die soziale Krankenversicherung, wie jede Versicherung, für die Bedürfnisse der Versicherten da sein muß, häufig in etwas zu enger Weise ausgelegt wird: so etwa in der vom Vertreter des DGB¹⁾ auf dem Krankenkassentag in Hannover (1955) gemachten Äußerung, daß die Reformvorschläge zum Teil darauf hinausliefen, "das Bestehende rückwärts zu revidieren. Sie zielen darauf ab, sozialpolitische Positionen, die die Arbeitnehmer nach vielen Mühen errungen haben, zu erschüttern und einzuebnen. Denn es gibt Interessentengruppen, die bei den Auseinandersetzungen um die Sozialreform ihre Geschäfte verbessern möchten, ohne an die Versicherten zu denken". Die "Sozialreform, wenn sie überhaupt einen Sinn haben soll, muß eine Reform zugunsten der Versicherten sein, muß deren Rechte und Ansprüche verbessern". Gilt aber nun schon bei jeder privaten oder genossenschaftlichen Versicherung der Grundsatz, daß die Abgrenzung der öffentlichen und privaten Interessensphäre nicht außer Acht gelassen werden darf, so gilt dies in noch stärkerem Maße für eine öffentlich-rechtliche Institution; wurde die Krankenversicherung schon nicht nur wegen der Versicherten allein geschaffen, sondern deshalb, um ihnen eine angemessenere Stellung im sozialen Ganzen zu ermöglichen, so darf diese letztgenannte Beziehung auch heute dort nicht außer Acht gelassen werden, wo Kollisionen mit berechtigt erscheinenden Ansprüchen anderer Gruppen auftreten. Daß die Maßstäbe hierfür fließend sind, ändert nichts an dem Prinzip. Mit Rücksicht auf die großen Schwierigkeiten, eine allgemeine Formulierung dieses Grundsatzes der Sozialpolitik vom Gedanken der Gerechtigkeit her zu finden, ohne den Inhalt der Aussage zu allgemein werden zu lassen, faßte Zwiedineck-Südenhorst den Begriff der Sozial-

1) Lepinsky (DGB), siehe unter "Krankenkassentag", a.a.O.

politik so, daß sie "der Inbegriff der auf das Sein und Funktionieren des Gesellschaftszusammenhangs der Menschen gerichteten Willens und Wirkens mit dem letzten Ziel, die fortdauernde Erreichung der Gesellschaftszwecke zu sichern" ist. "Daher gehört in die Sozialpolitik die Wahrnehmung der Interessen jedes Berufsstandes, der sich in seinem sozialen Schicksal bedroht sieht, sofern das Interesse der Gesamtgesellschaft auf die ungehemmte Wirksamkeit dieses Berufsstandes gerichtet ist"¹⁾.

B. Die Bedeutung der Kostenbeteiligung im Rahmen der individuellen Vorsorge

1. Die Beantwortung der Frage, ob die Kostenbeteiligung der sozialen Krankenversicherung hinderlich oder förderlich sei, setzt eine Kenntnis ihrer Wirkung in Bezug auf die Versicherten voraus. Klang dieses Problem oben schon des öfteren an und wird es bezüglich einiger Einzelfragen unten noch einmal aufgegriffen²⁾, so sei hier etwas prinzipieller die Stellung der Kostenbeteiligung unter den Mitteln, mit deren Hilfe man gegen das wirtschaftliche Risiko der "Krankheit" vorsorgen kann, behandelt.
2. Die bekannten Finanzierungsprinzipien: Fürsorge, Versicherung und Versorgung ordnen sich in ein Schema, das die Möglichkeiten der individuellen Haltung zu den genannten Risiken aufzeigt, in einer gleich näher zu behandelnden Weise ein: zunächst jedoch das Schema. Aller versicherbare Bedarf kann nach folgenden Prinzipien gedeckt werden:

- 1)Die Bedarf habende Person trägt den Bedarf bei Anfall selber, d.h. Ausgaben und aktueller Schadensanfall stimmen überein.
- 2)Der Bedarf wird in einer Versicherungsgemeinschaft zusammengefaßt und beim individuellen Anfall ausgeglichen, der Versicherte trägt nur den Gegenwert seines versicherungsmathematisch errechneten Risikos.
- 3)Es besteht ebenfalls eine Versicherungsgemeinschaft, die Beitragshöhe hat sich jedoch von dem aktuellen

1)Zwiedineck-Südenhorst, "Rationalismus..", a.a.O. -

2)Siehe oben S.102 und unten S.155.

Schadensfall bzw. versicherungsmathematischen Risiko gelöst und richtet sich nach anderen Maßstäben, etwa der Leistungsfähigkeit.

- 4) Die begünstigten Personen leisten überhaupt keinen direkt berechenbaren finanziellen Anteil zu den Kosten der Schadensdeckung, diese werden vielmehr von öffentlichen oder anderen Organisationen finanziert¹⁾.

Der Gesichtspunkt der Gliederung ist, daß die Bedarfsdeckung insbesondere nach zwei Prinzipien vorgenommen werden kann, nämlich erstens dem der individualwirtschaftlichen Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung, zweitens dem Versorgungs- oder Bedarfs-Leistungsfähigkeitsprinzip. Das erstere bedeutet, daß ein Individuum, welches einen Bedarf verspürt, diesen durch Aufwendung von Mitteln, die es sich selbst beschaffen muß, decken kann. Bedarf und die zu seiner Deckung benötigten Mittel stehen in einem bestimmten Verhältnis zueinander, das im Preise des gewünschten Gutes zum Ausdruck kommt, zwischen Bedarf und Deckung besteht eine - von den individuellen Verhältnissen des Kaufenden grundsätzlich unabhängige - Äquivalenz. Unter anderem ermöglicht dies die Steuerung des Wirtschaftsprozesses durch die individuellen Entscheidungen im Sinne eines (wenngleich auch nur unter bestimmten theoretischen Annahmen funktionierenden) Automatismus: indem jede wirtschaftliche Entscheidung hier errechenbare Konsequenzen hat, werden dem einzelnen die Aufstellung eines Wirtschaftsplanes ermöglicht und dessen Grenzen abgesteckt; auf die Probleme der Interdependenz der Einzelwirtschaften über das Marktgeschehen und des mikro-ökonomischen Gleichgewichts sei hier nicht weiter eingegangen. - Zum anderen aber wird die Verantwortung für sein wirtschaftliches Schicksal dem einzelnen auferlegt: einerseits muß er über die Mittelbeschaffung bzw. über deren Verteilung auf seine Bedürfnisse selbst entscheiden, andererseits läuft dem aber die Tendenz parallel, den einzelnen auch

1) H. Achinger, "Soziale Sicherheit", a.a.O., S.93.

seinem wirtschaftlichen Schicksal zu überlassen. Wer selbst entscheiden kann und darf, muß auch die Konsequenzen seines Handelns tragen. Dies kann eine drängende Forderung werden, wo einzelne Personen oder ganze Gruppen und Klassen bisher einer wirtschaftlichen Bevormundung unterlagen, die sie stärker an die Gesellschaft band als erwünscht: der Drang, hiervon loszukommen, seine individuelle Sonderexistenz zu verwirklichen ohne störende Hemmungen von außen, wird wirtschaftlich dadurch realisiert, daß der Erfolg der eigenen Betätigung den Betreffenden auch voll zur Verfügung steht, daß zugleich durch die Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung der einzelne die Konsequenzen seines Tuns auch voll übersehen und somit sein Leben rational gestalten kann, wodurch erst das Ideal sich scheinbar verwirklichen läßt, sich durch seine eigene Betätigung selbst verwirklichen zu können. Für das, was außerhalb der individuellen Entscheidungen vor sich geht, entdeckte der wirtschaftliche Liberalismus den Marktautomatismus. - Daß diese Auswirkungen des Äquivalenzprinzips aber nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten, daß seine radikale Postulierung in dieser Form zu Mißständen führen kann, ist genügend bekannt und wird gleich noch hinsichtlich einiger Punkte näher zu betrachten sein. - Das entgegengesetzte Prinzip will den Grundsatz: Jeder nach seinen Fähigkeiten, jeder nach seinen Bedürfnissen realisieren. Wollte dies Prinzip zunächst die Entscheidungsfreiheit des einzelnen auf einer höheren ethischen Ebene verwirklichen, indem dieser sich zugleich seiner Zugehörigkeit zur Gemeinschaft bei allen Entscheidungen bewußt sein sollte (Solidaritätsgefühl), so ist doch unter den gegebenen, wirtschaftlich beeengten Verhältnissen die Folge häufig nur, daß auf diese Weise dem einzelnen die individuelle Entscheidungsfreiheit über die von ihm erwirtschafteten Mittel (falls diese sich überhaupt noch sinnvoll berechnen lassen) genommen wird, ohne daß er das genannte Gefühl der Freiheit erlangt. Eine übergeordnete Institution bestimmt seinen Beitrag oder Zahlungsanteil wie auch die Leistungen, die er beziehen darf. Da aber vielfach an die Stelle des sich oben aus dem

Marktmechanismus ergebenden Maßstabs für das individuelle Verhalten kein anderer getreten ist, die zwingende Verbindung zwischen eigener Leistung und empfangener Gegenleistung fehlt (oft auch ein solches Verhältnis vom Versicherten gar nicht mehr erkannt werden kann), andererseits, besonders wenn solche Bedarfsdeckungsinstitutionen in eine marktwirtschaftlich organisierte Umgebung hineingelagert sind, die Tendenz noch vorzufinden ist, daß man für seine eigene Leistung auch etwas empfangen will, wobei man den eigenen Beitrag vielfach überbewertet, ergeben sich die bekannten, oben zum Teil schon erwähnten Mißstände in der Sozialversicherung, soweit sie auf diesem Prinzip basiert. - Die beiden Zwischenformen 2) und 3)¹⁾ stellen Kompromisse der beiden Prinzipien dar, um deren nachteilige Auswirkungen in etwa zu vermeiden.

3. Jede Kostenbeteiligung ist nun nichts anderes als ein Ausdruck der Tendenz, die tatsächlichen Kosten des infolge einer Krankheit auftretenden Schadens und die Leistungen, die der einzelne Versicherte aufbringen muß, wieder anzunähern. Dies geschieht in unterschiedlichem Grade, je nachdem, ob fast keine (Gebühr) oder eine streng proportionale Beziehung zu den aktuellen Kosten besteht, oder ob einzelne oder alle Leistungen nach Ablauf einer bestimmten Zeit ganz und gar vom Versicherten bezahlt werden müssen. Dabei sind jedoch zwei Eigenschaften des infolge Krankheit anfallenden Bedarfs zu berücksichtigen:

a) Der einzelne hat in der Regel keine Wahl, ob er diesen Bedarf befriedigen will, oder doch nur in sehr engen Grenzen, genau wie bei der Befriedigung des notwendigen Lebensunterhalts. D.h. durch eine Auflastung des individuellen Schadensfalls auf den einzelnen wird dessen Entscheidungsfreiheit nicht erhöht, sondern eher beeinträchtigt, ob er nun eine kurz- oder weit-sichtige Wirtschaftsweise betreibt. Verfolgen nun aber etwa jene, die eine größere Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung fordern, den Zweck -

1) Siehe oben S. 131/132.

das bleibt jedoch meist unerörtert -, dem einzelnen einen größeren Spielraum für selbstverantwortliches Handeln zu schaffen, so wird das Ziel offenbar nicht, oder nur in einem sehr engen Sinne z.B. durch eine 10%ige obligatorische Kostenbeteiligung an den Arzneikosten erreicht. Deshalb gehen die Vorschläge des Vier-Professoren-Gutachtens¹⁾ auch viel weiter. - Von dieser Form der Kostenbeteiligung verspricht man sich deshalb auch häufig nur, daß der Versicherte einsieht, mit welchen Kosten die Behandlung verbunden ist und er so durch den Druck auf seinen Geldbeutel zur Sparsamkeit angehalten wird. Aus dem Zwangscharakter dieses Bedarfs darf man jedoch nicht ohne weiteres folgern, daß er dem einzelnen nicht in der Form der Kostenbeteiligung aufgelastet werden dürfe: die individuelle Wirtschaftsweise auch unter Einbeziehung mit ihr verbundener höherer Ziele (siehe oben) legt dem einzelnen auf, mit den Schattenseiten des wirtschaftlichen Schicksals auch selbständig fertig zu werden. Wo ein solcher Bedarf sich der rationalen Planung entzieht, schritt man zur Individualversicherung; wo aus Gründen, die durchaus nicht immer der freien Entscheidung des einzelnen unterlagen, die Voraussetzung der freien wirtschaftlichen Selbstbestimmung in Form ausreichender Mittel nicht gegeben war, stand zunächst die Armenhilfe (Fürsorge) bereit. Für das Äquivalenzprinzip war dort kein Raum, wo jemand sich als unfähig erwies, die nötigen Mittel zu erwirtschaften. Welche Gründe nun auch im Einzelfall zur Genossenschaftsbewegung und Sozialversicherung geführt haben, diesen Bewegungen ist jedenfalls die Tendenz zu einer größeren Solidarität, zu einer Einbeziehung auch der Schwachen auf Kosten der Starken zu eigen. Parallel ging die zunehmende Einsicht in die mangelnde Automatik des Wirtschaftsprozesses, insofern er durch individuelle Entscheidungen gelenkt wird. Eine Kostenbeteiligung ist in solchen Institutionen nicht ohne weiteres nötig und sinnvoll: wo jedoch die Solidarität

1) "Neuordnung der sozialen Leistungen", (Achinger, Höffner, Muthesius, Neundörfer), a.a.O., I/S. 58 ff.

sowohl innerhalb der Gemeinschaft wie auch der Gemeinschaft selbst im Verhältnis zu anderen Gruppen etwa der gleichen Nation nachläßt, kann die Selbstbeteiligung als Abhilfemittel versucht werden: bezüglich der Solidarität nach innen, indem sie gewissermaßen als Krücke für das den einzelnen fehlende Verantwortungsbewußtsein verwendet wird, um ihnen ihre Aufgaben und ihre Funktion in der Gemeinschaft klar zu machen - damit ist über die erzieherische Wirkung der Selbstbeteiligung nichts gesagt -, nach außen, meist vom Gesetzgeber aufgezwungen, um etwa monopolistische Ausbeutungstendenzen einer zu mächtig gewordenen Institution durch Rückweisung auf die Finanzkraft ihrer Mitglieder zu bekämpfen. Die Selbstvorsorge findet ihre zweite Grenze also in der Rücksichtnahme auf das Recht der anderen: die betreffende Institution wird gezwungen, ihren Mitgliedern die Tatsache, daß der ökonomische Zusammenhang nach außen noch vom Äquivalenzprinzip bestimmt wird, deutlich zu machen; andere Mittel sind aufklärende Erziehung und Beitragserhöhung.

Die Behauptung nun, daß die Kostenbeteiligung nur solche Leistungsarten treffen dürfe, die der subjektiven Beeinflussung der Versicherten unterliegen, d.h. Ausnahme aller solcher Leistungen von der Selbstbeteiligung, die den Zwangscharakter des Krankheitsbedarfs tragen, wie er oben erörtert wurde, unterliegt dem Irrtum, generell zu behaupten, unausweichlich anfallender Bedarf könne nur kollektiv gedeckt werden: dies gilt nur dort, wo die Mittel, die der einzelne erwirtschaften kann, hierzu nicht ausreichen. Bei der Entscheidung etwa zwischen Beitragserhöhung, Kostenbeteiligung und anderen Methoden der Finanzierung ist jedoch auch zu beachten, daß der Bedarf zwar, wenn er anfällt, in der Regel unausweichlich ist, daß er aber nicht mit absoluter Notwendigkeit im Einzelfall vorkommt, sondern nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit und in Form eines Stoßbedarfs: d.h. es handelt sich um einen versicherbaren Bedarf, gegen den auch der besser Gestellte ein Schutzbedürfnis hat.

Dies in Verbindung mit dem Äquivalenzprinzip sucht die private Krankenversicherung zu realisieren. Kostenbeteiligung einerseits, Zwangsbeitrag andererseits stellen unter diesem Aspekt Extreme dar, die durch dazwischenliegende Formen eventuell besser verwirklicht werden können.

Damit ist, dies sei hier nur am Rande erwähnt, auch das Verhältnis der Kostenbeteiligung zu den oben genannten Finanzierungsprinzipien¹⁾ schon in etwa bezeichnet: tendenziell schließen Fürsorge und Versorgung eine Selbstbeteiligung aus, die eine, weil sie erst bei Versagen der individuell zur Verfügung stehenden Mittel einsetzt, die andere, weil sie, falls sie nicht nur eine anders organisierte Form der Vorsorge gegen einen auch z.B. durch Versicherung zu deckenden Bedarf ist, auf ganz anderen Grundlagen beruht, die das wirtschaftlich-selbstverantwortliche Handeln an anderen Maßstäben sich orientieren lassen wollen als an der Äquivalenz der Werte im individualwirtschaftlichen Bereich. Dieses Problem kann in dieser Arbeit jedoch nicht in aller Exaktheit behandelt werden.

- b) Eine zweite Eigenart des in der Krankenversicherung versicherbaren Bedarfs im Vergleich mit anderem versicherbaren Bedarf ist die Tatsache²⁾, daß er sich relativ leicht subjektiv, d.h. nach der Willkür der Versicherten beeinflussen läßt, ohne daß entsprechende Kontrollmöglichkeiten in jedem Fall leicht einzuführen waren. Die Grenze zwischen "Schuld" und "Unschuld", so häufig beim Problem des Mißbrauchs diskutiert, ist fließend, nur in extremen Fällen festzustellen, zumal das Finden und Durchsetzen eines objektiven Maßstabs der Behandlungsbedürftigkeit nicht einfach erscheint. "Es steht", so meint die öffentliche Krankenkasse Basel in ihrer Stellungnahme zur Selbstbeteiligung, "im Ermessen des Versicherten, ob er schon bei einem leichten Unwohlsein den Arzt aufsucht, die Behandlung ist weitgehend der

1) Siehe oben S. 131/132. -

2) Siehe die Ausführungen auf S. 95/96.

freien Kunst des Arztes überlassen. Das Prinzip der sachgemäßen und ökonomischen Behandlung läßt sich nur sehr ungenau bestimmen. Je nach den Wünschen des Patienten und den Bedenken des Arztes kann die Behandlung an Umfang immer mehr zunehmen, ohne daß von einem ausgesprochenen Mißbrauch gesprochen werden darf¹⁾. Wenn gleich nun nach den Erfahrungen die auf S.123 näher beschriebene Kostenbeteiligung bei dieser Kasse "einen Rückgang von Bagatellfällen nur vorübergehend gebracht hat und auch die ständige Zunahme der Heilungskosten nicht aufzuhalten vermochte", so wurde doch "ein besserer Weg, um den subjektiven Momenten der Versicherung Rechnung zu tragen, bisher aber noch nicht gefunden".¹⁾

4. Daß nun die soziale Krankenversicherung zwischen den Extremen: Individualversicherung und Bedarfs-Leistungsfähigkeitsprinzip ganz verschiedene Standorte einnehmen kann und einnimmt, sei am Beispiel der deutschen und der schweizerischen sozialen Krankenversicherung nachgewiesen, die unter diesem Aspekt entgegengesetzte Extreme darstellen. In allen Fällen ist aber in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Definitionen von Sozialversicherung nur dort zu sprechen, wo auf irgendeine Weise eine erhebliche direkte Beteiligung der Nutznießer der Institution an der Finanzierung vorliegt. Diese Abgrenzung erscheint vom wirtschaftlichen Aspekt her brauchbarer als jene von Schoenlank²⁾, die unter vorwiegend juristischen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung trifft, während nach ihrer Auffassung Art und Weise der Finanzierung ohne Bedeutung ist:

"Kernpunkt der Konstruktion (daß die Sozialversicherung ein Rechtsgebilde eigener Art ist) ist die Erkenntnis von der Eigenart des juristischen Mittels, das in der Sozialversicherung zur Erfüllung ihrer Funktion geschaffen wurde: der Einräumung eines subjektiven öffentlichen Rechts auf Entschädigung an die Angehörigen bestimmter sozialer Bevölkerungsklassen beim Eintritt bestimmter schädigender Ereignisse". Es ist also grundsätzlich nicht, wie in der

1) Die Beteiligung der Mitglieder an den Heilungskosten bei der öffentl. Krankenkasse Basel", a.a.O. -

2) Schoenlank, "Das Versicherungsprinzip...", a.a.O.

Individualversicherung, die Beitragsleistung, die hier auf der "Gläubigerseite" das Versicherungsverhältnis begründet".

a) Die deutsche soziale Krankenversicherung ist, in Kürze, durch folgende Merkmale gekennzeichnet (unter dem hier relevanten Aspekt):

Für das versicherte Normalmitglied werden die Sachleistungen nach dem Naturalleistungsprinzip gewährt, und zwar an alle Mitglieder grundsätzlich einheitlich und in dem Ausmaß, in welchem die Krankheit dies erforderlich macht, soweit nicht gesetzliche oder Satzungsbestimmungen eine Grenze ziehen. - Die Beiträge werden nach der in Prozenten vom Einkommen bemessenen Leistungsfähigkeit des einzelnen erhoben; die Berücksichtigung der Familienverhältnisse bei der Leistungsfähigkeit erfolgt nicht auf der Einnahmen-, sondern auf der Leistungsseite durch kostenlose Gewährung der Leistungen an die Familienangehörigen. Grundprinzip ist also Beitrag nach Leistungsfähigkeit, Entnahme nach Bedürfnissen. Der Zusammenhang zwischen Beitrag und Leistungen (Äquivalenz) findet sich zunächst zwischen den verschiedenen Versichertengruppen: auch in der deutschen sozialen Krankenversicherung gibt es eine gewisse Äquivalenz insofern, als sie zwar nicht an die vom einzelnen gezahlten absoluten Summen anknüpft, vielmehr an das Beitragsbemessungsprinzip der Leistungsfähigkeit schlechthin: nur wer sich ihm unterwirft, erhält die vollen Leistungen. Daheben spielen freilich noch andere Gesichtspunkte eine Rolle, vor allem die traditionelle Begrenzung der sozialen Krankenversicherung auf die Sorge für den Kreis der in einem Arbeitsverhältnis Stehenden, so daß Personen mit einer allzu geringen Leistungsfähigkeit, etwa die Rentner, grundsätzlich der Hilfe anderer Institutionen unterstellt bleiben. So sind die Leistungen der Rentnerkrankenversicherung und für Familienangehörige zum Teil erheblich geringer als für Vollmitglieder.

1) Die Neuordnung der Rentnerkrankenversicherung von 1956 ist noch nicht berücksichtigt.

Ansonsten sind nur relativ bescheidene Ansätze vorhanden, Beitrag und Leistungen in ein bestimmtes Verhältnis zu bringen: die Kostenbeteiligung in Form von Gebühren ist sehr gering, bestimmte Personengruppen sind zudem hiervon befreit; wer aus verschiedenen Gründen geringere Leistungen erhält (§§ 189; 494,2; 215; 313; RVO)¹⁾, braucht auch nur einen geringeren Beitrag zu zahlen. In der Rentner-krankenversicherung gibt es Zusatzversicherungen auf Sterbegeld gegen besondere Beiträge. Schließlich ist - vom Versicherten aus gesehen - eine gewisse Beziehung zwischen Kosten und eigener Zahlung in allen Fällen gegeben, in welchen die Kassen nur Zuschüsse zu Heil- und Hilfsmitteln etc. gewähren. - Wenngleich durch diese Einzelheiten das Gesamtbild vom erstgenannten Prinzip etwas abweicht, vermögen sie doch nicht, eine grundlegende Verschiebung herbeizuführen, zumal in den Gruppen z.B. der Familienangehörigen und Rentner jeweils gleiche Leistungen gewährt werden. Ein Vergleich mit der schweizerischen Regelung mag dies noch deutlicher machen.

- b) Das Verhältnis von Beitrag und Leistung ist in der Schweiz (Versicherung nach KUVG) in der Regel auf das Äquivalenzprinzip abgestellt. "Die Gegenseitigkeit erfordert, daß bei verschieden hohen Versicherungsleistungen die Beiträge entsprechend abgestuft werden, mit oder ohne Altersabstufung"²⁾. "Daher widersetzt sich das Bundesamt für Sozialversicherung als Aufsichtsstelle der Berechnung der Prämien für die Krankenpflegeversicherung nach dem Lohne, da der Umfang der Krankenpflege von der Lohnhöhe unabhängig ist".

In folgenden Einzelheiten kommt diese Tendenz zum Ausdruck:

Die Kassen haben, wollen sie Bundessubventionen nach KUVG erhalten, Mindestleistungen zu gewähren, in der Krankenpflegeversicherung in natura, einheitlich an alle Versicherten bis zur Erschöpfung der Leistungsdauer.

1) Lohnfortzahlung, Lehrlinge, freiwillig und Weiterversicherungste. -

2) "Volkswirtschaftder Schweiz", a.a.O., I/671.

Eine Differenzierung der Beiträge bei diesen (auch sonst bei einheitlichen) Leistungen nach dem eingebrachten Risiko ist hinsichtlich des Eintrittsalters möglich, jedoch nicht nach dem Geschlecht, da das höhere Frauenrisiko durch höhere Subventionen ausgeglichen wird.

Werden weitere Leistungen gewährt, so können diese bei gleichem Beitrag zusätzlich erbracht werden, dann aber einheitlich für alle Versicherten, oder es können Leistungsklassen mit unterschiedlichem Leistungs- und Beitragsniveau geschaffen werden. In diesem Fall brauchen die Beiträge jedoch nicht streng nach dem Leistungsniveau abgestuft sein, sondern können das Risiko der jeweils sich selbst erhaltenden Tarifklassen berücksichtigen.

Die Versicherung ist nicht nur freiwillig, sondern baut auch auf dem Individualprinzip auf: Mann, Frau und Kinder müssen selbständig versichert sein. Die Kassen müssen genossenschaftlich organisiert sein, dürfen aber neben der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung nach KUVG noch andere Versicherungszweige betreiben. Die Grenze zu dem, was bei uns als Privatversicherung bezeichnet wird, ist also auch institutionell weniger scharf.

Die Kostenbeteiligung hat ein bedeutendes Ausmaß, meist findet sich eine Beteiligung an fast allen Krankenpflegekosten, daneben Krankenscheingebühren (Prozentsatz 10% bis 25%). Das Leistungsniveau der über 1 150 Kassen (1948) ist zudem recht unterschiedlich, sowohl was die Leistungsdauer als auch die Gewährung freiwilliger Leistungen mit oder ohne Zusatzbeitrag betrifft. Die KUVG-Mindestleistungen werden heute als unzureichend empfunden¹⁾.

Schließlich können die Kassen eine gewisse Risikoauslese treffen durch Ausschluß bestimmter, die Individualität nach sich ziehender Krankheiten, durch eine Aufnahmeuntersuchung. Diese Regelung ähnelt somit in starker Weise dem, was bei der privaten Krankenversicherung üblich ist. Die Rahmengesetzgebung und noch mehr einzelne Sonder-

1) Hänggi, "Probleme einer gesetzlichen Neuordnung...", a.a.O.

gesetze der Kantone und Gemeinden enthalten jedoch eine Reihe von Bestimmungen, die es auch schlechter gestellten Versicherten ermöglichen sollen, sich zu sichern, obgleich etwa die Bundesbeiträge, die heute noch ihre ursprüngliche Höhe haben - sie waren in Form absoluter Beiträge festgesetzt -, einen immer geringeren Anteil der Gesamteinnahmen ausmachen. So gibt es z.B. Zuschüsse für bestimmte Leistungen (Wochenbett etc.), besondere Subventionen für arme und dünn besiedelte Gebirgsgegenden (Gebirgszuschläge); daneben Bestimmungen, die jedem schweizerischen Bürger die Aufnahme sichern sowie unbillige Benachteiligungen etwa bei Kassenwechsel verhindern sollen (Freizügigkeit) u.a.m.

Daß ein "sozialer Ausgleich" völlig fehle, kann insofern nicht behauptet werden, als die Staatszuschüsse eine, wenn auch heute relativ bescheidene Rolle bei der Finanzierung spielen, somit das Bedarfs-Leistungsfähigkeits-Prinzip auf höchster Ausgleichsebene eingeschaltet ist (dies müßte allerdings noch durch eine Analyse des Steuersystems erhärtet werden). Mag in Deutschland auch mancher behaupten, daß es sich hier eigentlich nicht um eine Einrichtung handle, die den Namen "Sozialversicherung" verdient, so stellt sie doch nur ein Extrem von Tendenzen dar, die sich in weniger radikaler Ausprägung auch in anderen Ländern (z.B. in Dänemark und in Schweden) finden.

C. Die Freiheit der Entscheidung über Leistungsstruktur und Kostenbeteiligung

1. Oben¹⁾ wurde schon darauf hingewiesen, daß die Individualversicherung ein Mittel ist, um planlos, nicht exakt vorhersehbar anfallenden größeren Bedarf zu einem planmäßigen umzugestalten. Ist diese Möglichkeit hier in das Ermessen des Versicherten gestellt, so findet sich in vielen sozialen Krankenversicherungen die scheinbar paradoxe Erscheinung, für bestimmte Bevölkerungsgruppen durch wirtschaftlichen Zwang eine größere wirtschaftliche

1) Siehe oben S. 134 ff.

Freiheit zu verwirklichen: verstehen wir hier unter wirtschaftlicher Freiheit jene, die dem einzelnen einen relativ weiten Raum zur Selbstbestimmung über Beschaffung und Verwendung seiner wirtschaftlichen Mittel läßt, so wird diese u.a. nicht nur dadurch größer, daß der einzelne bezüglich der genannten Entscheidungen frei von obrigkeitlichen Vorschriften ist, oder dadurch, wie im Falle der Individualversicherung, daß man sich gegen unvorhergesehene Fälle schützt, sondern auch durch eine zwangsweise Zusammenfassung schwächerer und stärkerer Wirtschaften wenigstens für die erstgenannten: wo trotz aller Freiheit der Wahl des Arbeitsplatzes und der Einkommensverwendung gerade nur das (wie auch immer bestimmte) Existenzminimum verdient werden kann, ist die Freiheit der Mittelverwendung fast null. Soweit es sich um versicherbaren Bedarf handelt, tritt außerdem dieselbe Wirkung wie bei der Individualversicherung ein. Allerdings können jene, zu deren Lasten der Ausgleich vorgenommen wird, die zwangsweise Einbeziehung, die immer nötig ist, wo die freiwillige Solidarität nicht ausreicht, sei es nun auf der Ebene einer mehr oder weniger großen Versicherungsgemeinschaft oder des Staates, sowohl durch den Zwangsbeitritt wie durch den relativ hohen Mittelentzug in ihrer Freiheit empfindlich beschränkt werden, und dies als im Widerspruch stehend empfinden zu dem Prinzip: Jeder soll die Früchte seiner Arbeit genießen können.

Die Sozialversicherung hat nun die Notwendigkeit (angesichts der unzulänglichen Mittel der Kreise, zu deren Schutz sie primär bestimmt war), auch leistungsfähigere Schichten heranzuziehen, die jedoch meist einen mehr oder weniger heftigen Widerstand gegen diese Bestrebungen leisteten, auf verschiedene Weise zu lösen versucht:

- a) Beschränkung der Versicherungspflicht auf den Kreis der Schutzbedürftigen (Arbeitnehmer), jedoch Heranziehung der Arbeitgeber, wodurch nicht eine persönliche, sondern eine sich aus dem Arbeitsverhältnis ergebende Belastung geschaffen war (Betriebskosten).

- b) Ausdehnung der Versicherung auf die ganze Bevölkerung, aber unter Fortfall der Versicherungspflicht. Auf diese Weise war ein direkter wirtschaftlicher Ausgleich meist nicht in dem Maße wie unter a) möglich, so daß sich einerseits eine Anpassung der Prämien an das Risiko, andererseits staatliche Zuschüsse finden. Durch verschiedene Anreize und die zunehmende Einkommensnivellierung wurden auch die Mittelschichten immer mehr hereingezogen, zum Teil griff man sogar zu Maßnahmen, wie in Dänemark, die einen Nichteintritt mit erheblichen Nachteilen verbinden. In der Schweiz zeigte es sich aber, daß viele Kassen die Prämie nach den Bedürfnissen der relativ besser gestellten Mitglieder, die sich in der Mehrheit befanden, festsetzen, wodurch sie für die Armen zum Teil hoch werden.
- c) Heranziehung der wirtschaftlich Starken auf dem indirekten Wege der Besteuerung, wobei ihnen gleichzeitig das Recht auf die Leistungen zugestanden oder verweigert werden kann.

Bezog nun in der erstgenannten Form jeder Versicherte, auch der mit relativ hohem Einkommen, zunächst aus der sozialen Krankenversicherung einen Vorteil, nicht nur, weil sein eigenes Einkommen ja unsicher war, sondern auch, weil er trotz seiner relativ guten Lage und trotz der noch ausgedehnteren Anwendung des Prinzips seitens der Ärzte, nach der geschätzten Leistungsfähigkeit bemessene Honorare zu fordern, den Kosten einer größeren Erkrankung seiner selbst oder seiner Familie nicht gewachsen war, so wird nun heute im Zusammenhang mit der Sozialreform gefordert, daß das Prinzip des Zwangsbeitrags nach Leistungsfähigkeit und der einheitlichen Leistungen aufgelockert werden solle, weil die wirtschaftliche Lage der von der sozialen Krankenversicherung Erfassten (mittlerweile in Deutschland rd. 80% der Bevölkerung) sich so gebessert habe, daß ein strenges Ausgleichssystem nicht mehr notwendig sei. Man will vielmehr - so etwa im Vier-Professoren-Gutachten¹⁾ - "ein zwar

1) "Neuordnung der sozialen Leistungen", a.a.O., I/S. 64.

durch Gesetz erzwungenes und in seinen Grundzügen geregeltes, aber doch weithin der Selbstverantwortung des einzelnen Menschen gegenüber seiner Person und gegenüber denen, die ihm anvertraut sind, offenes System der Krankenhilfe" schaffen. Diesem Zweck soll ein System verschiedener Tarife zur Wahl innerhalb der einzelnen Kassen wie auch ein vielgliedriges System von Kassen überhaupt dienen.

2. Insbesondere wird angeführt, daß in der sozialen Krankenversicherung durch die ständige Erhöhung der Einkommensgrenzen immer weitere Spannen in einer Kasse vereinigt wurden. "Die Folge ist, daß das Verhältnis einheitlicher und damit notwendig durchschnittlicher Leistungen zu hohen Beiträgen als ungerecht empfunden wird. Der an sich notwendige und sozial erwünschte Ausgleich hat die Grenze überschritten. Daß auch bei sehr geringer Beitragskraft - wie etwa bei den Landkrankenstellen - doch ausreichende Leistungen zustande kommen, ist mehr über das Organisationsmittel der Gemeinlast als durch die kassenmäßige Zusammenfassung verschiedener Beitragskraft zu erstreben"¹⁾. D.h. man glaubt, daß viele Versicherte sich, ob nun zu Recht oder Unrecht, sei hier nicht entschieden, im Verhältnis zu den empfangenen Leistungen als zu hoch belastet fühlen.

(Durchschnittliche Ausgaben je vollversichertes Mitglied 1953 im Bundesgebiet DM 167,33,
gedeckt durch durchschnittliche Gesamteinnahmen von DM 171,69,
davon Beiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) DM 169,40²⁾.)
Ein Arbeitnehmer, der jährlich DM 6 000,- (Beitragsbemessungsgrenze) verdient, zahlt bei einem Prozentsatz von 6% (für Arbeitnehmer und -geber zusammen) 3% von DM 6 000,- = DM 200,-, mit Einrechnung des Arbeitgeberanteils DM 400,-.)

Bevor wir nun auf einige Fragen eingehen, die mit der

1) "Neuordnung der sozialen Leistungen", a.a.O., I/S. 66. -

2) Statistik der Ortskrankenstellen des Bundesgebiets 1953, a.a.O.

Lösung des Problems durch das Wahltarifsystem zusammenhängen, sei noch auf folgenden Unterschied hingewiesen: Eine Unzufriedenheit der Versicherten über das Verhältnis von Beitrag und Leistung kann unter anderem zwei Punkte zum Ansatz der Kritik nehmen:

- a) Die Tatsache, daß jeder nach seiner Leistungsfähigkeit beitragen muß, jedoch nur einheitliche Leistungen empfängt,
- b) Die Tatsache, daß mancher jahrelang einen hohen Beitrag zahlt, ohne entsprechende Leistungen zu beziehen, da keine Erkrankung vorlag.

Dieser letztere Faktor wird zum Teil durch die extreme Risikenmischung noch verstärkt. Eine Auflockerung in Richtung auf eine Annäherung von individuellem Risiko und Beitrag kann beide Punkte zum Ansatz nehmen: Verminderung des Ausgleichs innerhalb der Versichertengemeinschaft und Abstufung der Beiträge nach dem eingebrachten Risiko (bzw. Zusammenfassung gleicher Risiken in sich mehr oder weniger selbst erhaltenden Klassen). Die Höhe des individuellen Risikos hängt aber ab

1. von der Morbidität des Versicherten,
2. vom Umfang der Leistungen, deren Bestimmung autoritativ oder nach Wahl der Versicherten erfolgen kann.

Das Wahltarifsystem schafft eine Annäherung von Risiko und Beitrag nur für den zweiten Fall, daß also verschiedene Gruppen gebildet werden mit jeweils verschiedenen Beiträgen und Leistungen, zu denen der Beitritt nach Wahl der Versicherten erfolgt. Die Berücksichtigung der Morbidität hingegen erfordert eine weitere Gruppenbildung, die jedoch nicht mehr freiwillig sein kann. Zwar bietet die Eigenart des Risikos Krankheit nur relativ wenige Ansatzpunkte zu einer solchen Differenzierung, etwa nach dem Eintrittsalter, dem Geschlecht, durch Ausschaltung bei Eintritt bestehender Krankheiten. Die Kostenbeteiligung ermöglicht einen stärkeren Ausgleich in dieser Hinsicht, indem nur noch ein Teil des Risikos gepoolt

ist, also derjenige, der wenig krank ist, nur noch einen Teil der Kosten der häufig Kranken mitzutragen hat. Allerdings will ja meist jeder gegen das unvorhersehbare Risiko möglichst geschützt sein, wenn sich nun nachträglich im Einzelfall herausstellt, daß eine Versicherung unnötig war - und die Kostenbeteiligung ermöglicht einen solchen Ausgleich nur "ex post", d.h. im tatsächlichen Bedarfsfalle -, so liegt dies im Wesen der Versicherung: im voraus lassen sich Abgrenzungen nur nach Ersatzkriterien schaffen.

3. Indem das Wahltarifsystem die Selbstbestimmung des Leistungsumfanges ermöglicht, stellt es in mancher Hinsicht auch die Entscheidung über Art und Umfang der Kostenbeteiligung dem einzelnen Versicherten anheim. Jeder nicht versicherte Teil des Risikos ist eine Kostenbeteiligung im weiteren Sinne¹⁾, bei Eintritt des Versicherungsfalls muß der Versicherte diese Kosten aus eigener Tasche decken. Aus den weiter oben gemachten Voraussetzungen und im Anschluß hieran ergeben sich nun zwei wesentliche Voraussetzungen für den Ersatz etwa des bisherigen deutschen Konstruktion der Leistungsgewährung durch ein, wenngleich nur beschränkt durchgeführtes Wahltarifsystem:

1. Dieses System sieht eine größere wirtschaftliche Entscheidungsfreiheit vor, indem es dem einzelnen zum Teil überläßt, in welchem Ausmaß er gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit vorsorgen will. Es ist zu klären, wieweit dies mit einer Einengung des wirtschaftlichen Spielraums für die Empfänger kleiner Einkommen einhergeht bzw. verbunden sein soll, d.h. in welchem Umfang der "soziale Ausgleich" zugunsten dieser erhalten bleiben kann. Das Wahltarifsystem erfordert eine stärkere Durchführung des Äquivalenzprinzips, da nur so verhindert werden kann, daß alle den besten Tarif wählen. Zudem fordert es auch, daß das fixierte Verhältnis Prämien-Leistungen für alle gleich gelte, um nicht erneut das Gefühl der Ungerechtigkeit zu verstärken. Ein Weg, um jene Einkommensempfänger,

1) Entsprechend der weiten Begriffsumgrenzung in der Einleitung.

denen eine volle Äquivalenz nicht zugemutet werden kann, dennoch effektiv zu sichern, besteht in der Teilung des Leistungs- bzw. Finanzierungssystems: indem etwa die Grundleistungen (bei zwangsweiser Mitgliedschaft) nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit finanziert werden, darüber hinaus jedoch Zusatztarife mit äquivalenten Beiträgen zur Verfügung stehen. Das Vier-Professoren-Gutachten¹⁾ macht hierzu - offenbar nicht zuletzt in Beachtung der psychologischen Konsequenzen einer solchen Methode - den Vorschlag, den Ausgleich auf höherer Ebene, d.h. im Verfahren der Gemeinlast zwischen den Kassen vorzunehmen. Damit kommen zwar die beabsichtigten Vorteile allen Versicherten Personen der bezuschuften Kassen zugute, bei einer Beschränkung des Ausgleichs auf die Grundleistungen sind diese aber wenigstens dann auch den ärmeren Versicherten zu erschwinglichen Prämien zugänglich. Ein Beispiel für eine solche Regelung bildet etwa die schweizerische Tuberkuloseversicherung, um nur ein Beispiel herauszugreifen, bei der der Ausgleich allerdings über das Staatsbudget erfolgt: ohne auf Einzelheiten einzugehen, sei etwa erwähnt, daß seit 1.1.1943 die Kurbeiträge in der TB-Pflegeversicherung vom Staat mit 50% bezuschußt werden, maximal mit sfrs. 2.- für Erwachsene und sfrs. 1.50 für Kinder. Eine ähnliche Regelung galt für die Taggeldversicherung. Während also "Grundleistungen" bis zu sfrs. 4.- täglich (die sich durch die niedrigen Tagessätze der zuständigen Anstalten in etwa den tatsächlichen Kosten annäherten) bei Erwachsenen relativ geringe Prämien erfordern, steigen diese bei höheren Kurbeiträgen rasch an (sfrs. 4.- war zugleich die gesetzliche Mindestleistung der Kassen).

2. Mangelnder sozialer Ausgleich belastet - gemessen am gegenwärtigen Zustand - die geringeren Einkommen entweder mit höheren Beiträgen oder mit einer größeren

1) "Neuordnung der sozialen Leistungen", a.a.O.

Kostenbeteiligung: es fragt sich bezüglich des letzteren, inwieweit sich die Deckung der im Zusammenhang mit Krankheit erforderlichen Sachleistungen in Grund- und Zusatzleistungen aufspalten läßt. Die Tarifgliederung in der privaten Krankenversicherung geht grundsätzlich nicht davon aus, daß ein bestimmter Bedarf im Krankheitsfall für jeden, auch den Ärmsten, notwendig werden kann; ihr Prinzip ist vielmehr, jeder solle sich nach seinem Belieben versichern, daher braucht auch der unterste Tarif nicht alle notwendigen Leistungen zu enthalten. Der einzelne soll entscheiden, wie er im Rahmen seines individuellen Budgets seinen Bedarf decken will. Wo hingegen der wirtschaftliche Spielraum weder zur Bezahlung der Prämien für vollständige Leistungen nach dem Äquivalenzprinzip noch erst recht zum Selbsttragen der Kosten ausreicht, ist eine möglichst vollständige Grundleistung unter Heranziehung nur nach der Leistungsfähigkeit für diese Kreise geboten, soll nicht die Hilfe anderer Stellen (öffentliche Hand etc.) erforderlich werden. Unter der Annahme, daß sich die Grundleistungen auch für die geringsten Einkommen (oder gerade für diese) nicht wesentlich unter dem bisherigen Niveau festsetzen lassen und der soziale Ausgleich in der Finanzierung der Grundleistungen in etwa aufrecht erhalten werden soll (was zudem womöglich die Gewährung dieser Leistungen auch an die besser Gestellten - für ihre höheren Beiträge - nötig macht, also für Wahltarife gar keinen großen Raum läßt), ergibt sich für die Wahltarife zweierlei:

- a) Sie können nur relativ unwesentliche Verbesserungen enthalten, etwa eine bessere Pflegekasse im Krankenhaus oder volle Deckung der Kosten von Heilmitteln besserer Qualität etc.
- b) Für die Versicherten tritt durch die Wahl keine Erleichterung im Verhältnis Beitrag-Leistungen ein; ob der psychologische Effekt genügt, sei dahingestellt.

Schließlich mag unter diesen Voraussetzungen auch bezweifelt werden, ob sich die Finanzlage der Kassen erheblich bessern wird, da die zusätzlichen Leistungen ja auch etwas kosten.

4. Es ließen sich in diesem Zusammenhang noch andere Fragen erörtern, was hier jedoch nicht mehr geschehen kann, z.B. ob sich das Wahltarifsystem mit dem Prinzip der Naturalleistung vertrage und anderes mehr. Im folgenden sei lediglich noch auf eine neuere Entwicklung in der Schweiz hingewiesen, die nicht ohne Beziehung zu dem eben Ausgeführten ist.

Während in der bisherigen schweizerischen sozialen Krankenversicherung nach KUVG¹⁾ schon das Wahltarifsystem in der Weise verwirklicht war, daß jede Kasse Leistungsgruppen schaffen konnte, die sich selbst erhalten, und über die Mindestleistungen des KUVG hinausgehende Leistungen gewähren konnte, hat man nun in der sog. "Erweiterten Krankenversicherung" (in Kraft seit 1.1.1954) unter Berücksichtigung der speziellen Verhältnisse des schweizerischen Kassenwesens versucht, neben der normalen Krankenversicherung (KUVG) eine grundsätzlich freiwillige Leistungserweiterung ebenfalls in Form eines Wahltarifsystems zu schaffen, wobei einige Züge der normalen Krankenversicherung jedoch ein wenig modifiziert sind:

- a) Die erweiterte Krankenversicherung versucht zunächst, einige Nachteile der bisherigen Regelung zu vermeiden, indem sie das System der kollektiven Tarifwahl einführt und weiter zum ersten Male auch ein eine größere Anzahl von Kassen umfassendes Ausgleichssystem vorsieht: nur ganze Versichertengruppen (im Extrem der Bestand einer Kasse) können bei bestimmten Leistungen jeweils einen einheitlichen Tarif wählen. Hierdurch soll einerseits (Wahl einheitlicher Bedingungen) die Organisation und Durch-

1) Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13.6.1911.

führung dieser Zusatzversicherung möglichst einfach gehalten werden, andererseits (kollektiver Beitritt) eine Art von Versicherungszwang ausgeübt werden; denn durch einen großen Mitgliederbestand und damit weite Risikostreuung lassen sich die Leistungen zu den nach der bisherigen Kalkulation sehr billigen Prämien erbringen: so wird z.B. der Zusatzbeitrag (jährlich) je Franken Tagegeld in der erweiterten Spitalversicherung (siehe unten) auf rd. -.20 Fr. berechnet¹⁾ (Leistungsdauer ab 360/540 bis auf 1080/1800 Tage). Das Fehlen eines Obligatoriums hat sich nämlich bisher in der Schweiz auf dreierlei Weise nachteilig ausgewirkt²⁾

- 1)geringes Aufkommen, dadurch bei vielen Kassen erschwerter Leistungsausbau,
- 2)gerade schlechter gestellte Personen versichern sich nicht wegen der hohen Prämien,
- 3)es erfolgt eventuell - und diese Gefahr ist für eine Zusatzversicherung größer als für eine allgemeine Krankenversicherung -eine negative Risikoauslese (sei es, daß die schlechten Risiken sich in mehr Fällen oder zu höheren Sätzen versichern).

Mit dieser Regelung wird zugleich auch eines der Probleme des Wahltarifsystems beseitigt, daß nämlich in einer sozialen Krankenversicherung, die in Zusatztarifen Leistungen bietet, die durchaus noch zum Bestande des Notwendigen gehören, die Gefahr besteht, daß die Ärmere sich die eventuell dem sozialen Ausgleich gar nicht oder nur unter relativ hohen Aufwendungen leisten können. Die erweiterte Krankenversicherung stellt einen Mittelweg zwischen dem Extrem der freien Wahl mit Voraussetzung einer entsprechenden wirtschaftlichen Bewegungsfreiheit und dem extremen, alles schematisch-vereinfachenden Zwang dar, indem es den zum Teil in sehr kleinen, dem persönlichen Einfluß noch eher zugänglichen Versichertengemeinschaften zusammengeschlossenen Personen eine gewisse Selbstbestimmung der gewünschten Leistungen nach Gutdünken und Bedürf-

¹⁾Hänggi und v.Schroeder, "Die erweiterte Krankenversicherung", a.a.O. - ²⁾Hänggi, "Probleme einer gesetzlichen Neuordnung", a.a.O.

nissen gestattet (die Rückversicherungsmöglichkeiten können allerdings nicht beliebig gewählt werden, sondern sind in gewissen Grenzen schematisiert). Die Regelung sei im einzelnen nun kurz dargestellt.

b) Die erweiterte Krankenversicherung gliedert sich in drei große Zweige:

1. Die Ausgesteuertenversicherung (zur Extension der Leistungen über die gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungsdauer)
2. Die Taggeld- und Spitalzusatzversicherung
3. Die Kinderlähmungsversicherung.

Zu 1:

Die Versicherungsmöglichkeiten sind in schematischer Darstellung folgende¹⁾:

ab : 180/360	ab 360/540	ab : 360/540	ab : 360/540
bis: 360/720	bis: 720/900	bis: 1080/1800	bis: unbeschr.
ambul. Behdlg.		-	ambul. Behdlg.
Spital- "	dto.	Spitalbehandlg.	-
Taggeld		Taggeld	-

d.h. die Ausgesteuertenversicherung setzt sich aus einer Krankenpflegeversicherung (mit Untergruppen ambulante und Spitalbehandlung) und einer Taggeldversicherung zusammen. Grundsätzlich kann von der meist überall schon realisierten Leistungsdauer von 360/540²⁾ eine Verlängerung auf 720/900 bzw. 1080/1800 Tage gewählt werden. Im letzten Falle wird die ambulante Behandlung jedoch unbeschränkt gewährt; die erste Spalte gibt eine zusätzliche Versicherungsmöglichkeit für Kassen mit zu kleiner Risikobasis oder überaltertem Versichertenbestand, die bisher noch nicht zu 360/540 übergehen konnten.

In der erweiterten Krankenversicherung werden grundsätzlich nur die gesetzlichen Pflichtleistungen gewährt (d.h. im Zweig der Ausgesteuertenversicherung), da die Berücksichtigung der satzungsmäßigen Leistungen zu großen Un-

1) Hänggi u. v. Schroeder, "Die erweiterte Krankenversicherung", a.a.O. -

2) Über die genaue Bedeutung siehe oben S. 57.

terschieden führen würde. In den Zweigen der Ausgesteuertenversicherung¹⁾ sind Mindest- und Höchstbeträge festgesetzt worden, für die die Kassen ihre Mitglieder rückversichern können: in der Spitalkostenversicherung hat man tägliche Spitalzuschüsse von sfrs. 3.- bis 10.- festgesetzt, je nach Wahl, da die bisherigen Leistungen zu verschieden sind. In der Taggeldversicherung ein versicherbares Taggeld von sfrs. 1.- bis 15.-, wobei im Einzelfall das Moment der Aussteuerung von der Kasse gewährte (zu gewährende) Taggeld nicht überschritten werden darf. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% wird - wie in der normalen Versicherung - ein reduziertes Tagegeld gewährt.

Unter unserem Aspekt ist folgendes wichtig: die Beitragsbemessung erfolgt wie bisher unter Berücksichtigung des Leistungsumfangs, den die Versicherten wahlweise bestimmen, und des Risikos, das einzelne Versicherten- gruppen (Erwachsene, Kinder) darstellen. Für jeder der in der obigen Aufstellung enthaltenen Leistungsgruppen wird ein besonderer Beitrag errechnet. Der Beitritt und die Wahl der Leistungsklasse ist jedoch eingeschränkt: in der Spitalkostenversicherung ist z.B. für alle erwachsenen Mitglieder einer Kasse wie auch für alle Kinder je der gleiche Spitalbeitrag (rückversicherter Tages- satz) festzusetzen. In der erweiterten Taggeldversicherung ist ebenfalls für den gesamten Mitgliederbestand (Kinder scheiden hier sowieso aus) die Wahl der Bedingungen einheitlich zu gestalten; die einzelnen Taggeld- klassen sind zu den jeweils gleichen Bedingungen rück- zuversichern.

In der ambulanten Krankenversicherung trägt der Rückversicherer höchstens 80% der tatsächlich entstehenden Kosten, die Kassen können die auf sie entfallenden Anteile nach Gutdünken den Mitgliedern voll oder teilweise weiterbelasten. Nach Meinung der Autoren dieses Artikels²⁾

1) Spitalkosten- und Taggeldversicherung. -

2) Hanggi und v. Schroeder, a.a.O.

würde der völlige Fortfall dieser Interessenquote das Interesse der Kassen und Versicherten an einer Rechnungskontrolle ausschalten.

Zu 2:

Während in der erweiterten Krankenversicherung¹⁾ die einheitliche Wahl der Bedingungen im Vordergrund steht, führt die Zusatzversicherung für Taggelder und Spitalkosten (auf die Kinderlähmungsversicherung sei hier nicht weiter eingegangen) das Prinzip des geschlossenen Beitritts des Mitgliedbestandes einer Kasse ein. Die Versicherung bezweckt nicht eine Ausdehnung der Leistungsdauer, gilt vielmehr nur für 360/540 Tage, sondern soll kleineren Kassen²⁾, die bestimmte Leistungen wegen mangelnder finanzieller Grundlage bisher nicht einführen konnten (z.B. höhere Taggelder und Spitalzuschüsse) die Möglichkeit geben, diese Leistungen ihren Mitgliedern ebenfalls anzubieten, die sich nun nicht mehr etwa auf höhere Taggelder in einer zweiten Kasse versichern müssen. Zu der Taggeldzusatzversicherung ist ein Beitritt der Kassen oder auch Kassenverbände nur mit dem gesamten für Taggeld versicherten Mitgliederbestand zu einheitlichen Bedingungen möglich; jedoch können durch Vermittlung ihrer Kassen oder -verbände auch einzelne Mitglieder bzw. Kassen direkt beitreten. In der Spitalzusatzversicherung müssen 25% der rückversicherten Spitalgelder von den Kassen selbst getragen werden, die auch den Mitgliedern nicht weiterbelastet werden dürfen; hierdurch sollen die Kassen zu einer vorsichtigen Prüfung des Risikos bei der Aufnahme angehalten werden, um, angesichts der relativ geringen Prämien und der nicht für möglich gehaltenen mehr oder weniger obligatorischen Einführung dieser Zusatzversicherung eine negative Risikoauslese zu vermeiden.

Als Zentralinstitut für die erweiterte Krankenversicherung fungiert der "Schweizerische Verband für die erweiterte Krankenversicherung" (SVK), ein selbständiger Verein, der

1) In der Ausgesteuertenversicherung. -

2) Die großen Kassen haben sich aus Solidarität angeschlossen.

eine Risikoausgleichsgemeinschaft ist; die Selbständigkeit der einzelnen Kassen und Kassenverbände ist weitgehend aufrechterhalten: die Finanzierung erfolgt nicht durch feste Prämien der Mitglieder (Mitglieder sind die Kassen und ihre Verbände), sondern nach dem Umlageverfahren; so vermeidet man die Anhäufung eines großen Reservefonds. Alle Ausgaben des Jahres werden jeweils auf die Zahl der Versicherten umgelegt und nach Maßgabe der Mitgliederzahl (soweit rückversichert) den Kassen belastet. Diese können die im Laufe eines Jahres für Rechnung des Verbandes in der erweiterten Krankenversicherung gemachten Ausgaben mit dem fälligen Beitrag aufrechnen, so daß die Zentrale nur den Spitzenausgleich vornimmt; sie gewährt jedoch auf Anforderung den Kassen auch Vorschüsse.

D. Die mögliche Höhe der Belastung durch eine Kostenbeteiligung

Hier sei kurz auf die Frage eingegangen, die in der aktuellen Diskussion eine Rolle spielt, ob und in welchem Umfang eine Selbstbeteiligung von den der sozialen Krankenversicherung zugehörigen Personen überhaupt getragen werden könne, und wann sich eventuell die oben angedeuteten nachteiligen Auswirkungen¹⁾ ergeben könnten. Aus der weiten Fassung des Begriffs "Selbstbeteiligung" in dieser Arbeit ergibt sich schon, daß die Frage sich eigentlich auf die ganze Leistungsstruktur beziehen muß, ob diese nämlich unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse der Mitglieder eine solche Deckung gegen die wirtschaftlichen Folgen des Risikos Krankheit gewähre, daß das gegenwärtige und zukünftige Wirtschaften nicht in unerträglicher Weise vorbelastet wird.

Dabei sind fast alle Stimmen darin einig, daß etwa für die Gefahren einer langfristigen, eventuell mit Berufswechsel verbundenen Krankheit in jedem Fall ausreichend vorgesorgt werden muß. Strittig ist jedoch die Frage, ob eine relativ geringe laufende Kostenbeteiligung, eine Ausnahme der Bagatellfälle etc. zulässig sei. Es wird

1) Siehe oben S. 125.

hier gleich näher zu begründen sein, daß eine Berufung auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Mitglieder etwa in Deutschland (Bundesrepublik) nur in sehr begrenzter Weise Anhaltspunkte für die Beurteilung ergibt. So sei als Beispiel für eine der Selbstbeteiligung nicht abgeneigte Stellungnahme ein Zitat von Dr. Prange gebracht¹⁾: "Der wichtigste Einwand gegen die Erhebung einer Krankenscheingebühr ist die Behauptung, sie hindere den Kranken, den Arzt rechtzeitig aufzusuchen. Das mag für diejenigen Versicherten, deren Einkommen das Existenzminimum kaum oder nur gerade erreicht, zutreffen. Wenn man aber den Verbrauch der werktätigen Bevölkerung an Genußmitteln wie Tabak und Alkohol beobachtet, der überdies noch dazu angetan ist, die Volksgesundheit zu schädigen, sollte man bei der Entscheidung in dieser Frage nicht zu wehleidig sein. Allerdings wird der Gesetzgeber, der sich zur Einführung dieser Selbstbeteiligung entschließt, nicht auf Popularität rechnen können". - Ähnlicher Auffassung ist auch das Vier-Professoren-Gutachten²⁾, wenn es meint: "Auch die überwiegende Mehrheit der Pflichtversicherten ist heute in der Lage, Ausgaben in Höhe von etwa DM 10.- bis 15.- monatlich für Arzneien selber zu tragen"³⁾. "Die Normalbestimmungen, nach denen die Krankenkassen leistungs verpflichtet werden, sind auf diese Mehrheit abzustellen. Es müssen dann durch Sonderbestimmungen diejenigen Fälle berücksichtigt werden, die die Leistungskraft des einzelnen übersteigen, z.B. bei weit unterdurchschnittlichem Einkommen, hoher Zahl der versorgungsberechtigten Personen im Haushalt, langdauernder Krankheit"³⁾. Es wird im Anhang des Gutachtens auf die (für eine 4-Personen-Familie des Statistischen Bundesamts geltenden) Ausgaben für den monatlichen Genußmittelverbrauch von DM 24.80 (1953) hingewiesen (= 6,27% der Ausgaben), denen Ausgaben für Gesundheitspflege (ohne Kassenbeitrag) von 0,7% gegenüber stehen⁴⁾.

1) Prange, "Gedanken zur Reform der sozialen Krankenversicherung", a.a.O. -

2) "Neuordnung der sozialen Leistungen", a.a.O., I/S. 63. -

3) Dass., a.a.O. -

4) Dass., II/S. 23.

Eine gegenteilige Stellungnahme findet sich in den oben angeführten Zitaten des DGB-Vertreters Lepinsky auf dem Krankenkassentag 1955¹⁾.

Es kann nicht Gegenstand dieser Arbeit sein, den Hintergrund dieser verschiedenen Forderungen im einzelnen zu klären. Zu der Möglichkeit jedoch, durch eine empirische Untersuchung über die Frage, welche Kostenbeteiligung tragbar sei, sichere Grundlagen zu erhalten, sei nur folgendes gesagt: Auch eine Bereitstellung von umfassendem Zahlenmaterial wird den Sozialpolitiker einer eigenen Stellungnahme nicht entheben. Ganz offensichtlich übersteigt nämlich das Einkommen der überwiegenden Mehrzahl der Versicherten das Existenzminimum, wie auch immer man es definiert. Ein Spielraum für eine Kostenbeteiligung ist somit in den meisten Fällen noch vorhanden, der natürlich zur Zeit von anderen Bedürfnissen ausgefüllt wird. Es muß also aus anderen Gesichtspunkten heraus entschieden werden, ob, in welcher Form und in welcher Höhe eine Selbstbeteiligung zulässig sein sollte: etwa unter dem Aspekt der Gerechtigkeit der Einkommensverteilung, der Möglichkeit, die soziale Krankenversicherung, so wie sie zur Zeit dasteht, auf andere Weise als durch Selbstbeteiligung aus dem finanziellen Druck zu befreien, aus dem Wunsche, das Verantwortungsgefühl bei den Versicherten zu stärken u.a.m. Es dürfte allerdings Einkommens- und Konsumverhältnisse geben (Rentner, kinderreiche Familien), die eine nennenswerte Belastung angesichts des Lebensstandards, den die Mehrheit der Bevölkerung erreicht hat, von vornherein auszuschließen scheinen, ebenso wie die kumulative Wirkung mancher Formen der Selbstbeteiligung etwa bei langdauernden Krankheiten auch für den normal verdienenden Arbeitnehmer zu hoch werden kann. In der überwiegenden Zahl der Fälle hingegen läßt sich eine Entscheidung aus dem Gesichtspunkt der Tragbarkeit kaum so ohne weiteres fallen, daß hierüber in einer mehr theoretischen Betrachtung Aussagen von einiger Relevanz gemacht werden könnten.

1) Siehe unter "Krankenkassentag", a.a.O. und oben, S. 130.

Die Notverordnung vom 1.12.1930¹⁾ nahm folgende Personenkreise generell von den Krankenschein- und Verordnungsblattgebühren aus:

- 1) Arbeitslose, die Hauptunterstützung aus der Arbeitslosenversicherung oder Krisenunterstützung oder als Ausgesteuerte Leistungen der öffentlichen Fürsorge erhalten.
- 2) Personen, die aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung Renten und Ruhegeld oder aus der Unfallversicherung oder nach Reichsversorgung Rente als Schwerbeschädigte oder als Schwerverletzte beziehen.
- 3) Solche Tuberkulöse oder Geschlechtskranke, die von ihrer Fürsorge- oder Beratungsstelle eine Bescheinigung über ihre Bedürftigkeit beibringen.

Außerdem wurde die Verordnungsblattgebühr (§ 187b RVO) vom 10. Tage der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr eingehoben. Nach der Notverordnung vom 27.7.1930 war schon die Möglichkeit gegeben, daß die Satzung die Krankenscheingebühr für Versicherte mit einem Grundlohn von nicht mehr als RM 4.- bis auf die Hälfte ermäßigen konnte, für Versicherte hingegen mit einem Grundlohn von mehr als RM 7,- um die Hälfte erhöhen (die Gebühr betrug RM -.50). Die Satzung konnte ferner bei gleichzeitiger und gleichartiger Erkrankung mehrerer Familienmitglieder die Gebühr für den einzelnen Krankenschein auf RM-.25 festsetzen²⁾.

E. Die Ausnahme der Bagatellfälle aus der Leistungspflicht der Kassen

1. Die Bestrebungen, die kleinen, nur geringfügige Kosten verursachenden Krankheitsfälle, die sog. Bagatellfälle aus der Krankenversicherung auszunehmen, stehen vor allem unter zwei Aspekten:

a) Die Mißbrauchsbekämpfung. Man glaubt, daß eine ganze Reihe von Versicherten aus Überängstlichkeit oder anderen Gründen den Arzt aufsucht, nur um feststellen zu lassen, daß sie nicht krank sind, oder daß man die Arzneien auf

1) Notverordnung vom 1.12.1930, a.a.O.; die betreffenden Bestimmungen gelten heute noch (§ 182a RVO). -

2) Notverordnung vom 27.7.1930, a.a.O.

jeden Fall kostenlos beziehen will, dazu aber den Arzt zur Verordnung aufsuchen muß. Wo der Mißbrauch anfängt, ist praktisch nur in extremen Einzelfällen feststellbar; auch hängt es ab von der Auffassung über den Umfang der Aufgaben der sozialen Krankenversicherung.

- b) Während das erste Argument in der Regel noch grundsätzlich auf dem Standpunkt steht, daß die Kasse die Kosten von Anfang an voll oder unter Abzug einer Kostenbeteiligung zu tragen habe - wenn auch im Rahmen des Notwendigen -, deshalb auch eher von einer Bekämpfung mißbräuchlicher Bagatellfälle als von ihrer Ausnahme zu sprechen ist, was sich auch in den vorgeschlagenen Maßnahmen, etwa der Krankenscheingebühr zeigt, will eine andere Gruppe von Sozialpolitikern die kleinen Fälle grundsätzlich, ob Mißbrauch oder nicht, aus der Krankenversicherung herausnehmen, sei es, um das Finanzproblem der Kassen zu erleichtern, sei es, weil man der Krankenversicherung nur Aufgaben übertragen möchte, die der einzelne nicht selber zu bewältigen vermag.
- c) In beiden Fällen gleichen sich die Maßnahmen in vieler Hinsicht, meist wird jedoch im ersten Fall eine mildere Form der "Hemmung" vorgeschlagen. Sie können zwischen der ein- oder mehrmaligen pauschalen Kostenbeteiligung in Form einer Gebühr und der Auflastung der gesamten anfänglichen Kosten auf die Versicherten andererseits schwanken: dazwischen gibt es etwa eine Selbstbeteiligung in prozentualer Form oder als feste Sätze an allen oder einigen Arten von Anfangskosten; soweit sich die Selbstbeteiligung über die Kosten geringfügiger Krankheiten oder über die im Beginn einer Krankheit entstehenden Kosten hinauserstreckt, können zwar ebenfalls Aspekte der Finanzierung oder Mißbrauchsverhütung eine Rolle spielen: der Forderung nach Ausnahme der Bagatellfälle liegt jedoch die Auffassung mit zu Grunde, daß in der Krankenversicherung die schweren, langdauernden Krankheiten auf Kosten der Bagatellfälle, wenn nicht anders möglich, eine stärkere Beachtung erfahren müssen;

so vor allem im Vier-Professoren-Gutachten¹⁾. Demgegenüber wird eingewendet, etwa von der VOV²⁾, "daß die Einführung einer Krankenscheingebühr von uns abgelehnt wird, denn sie ist geeignet, das rechtzeitige und unbehinderte Aufsuchen des Arztes - ein wesentliches Mittel der Prävention - zu erschweren. Gerade aber die frühzeitige Inanspruchnahme des Arztes ergibt oft Krankheitstatbestände, die - später entdeckt - zu erheblichen finanziellen Auswirkungen führen würden". Das Drei-Professoren-Gutachten³⁾ meint, "den Versicherten fehlt die Sachkenntnis der Erkennung von wirklichen und vermuteten Leiden. Hat der Versicherte seinen Krankenschein geholt, so ist der Bagatellfall schon entstanden, wenn der Arzt die Harmlosigkeit der Beschwerden feststellt". Oeter schlägt vor, "die Gültigkeit des Krankenscheins auf eine Erstuntersuchung in jedem Vierteljahr und auf die langdauernden Erkrankungen zu beschränken⁴⁾".

Ob sich aber der berechtigte Wunsch, die vorhandenen Mittel vor allem auf die schweren Fälle zu konzentrieren, nicht mit dem Gedanken der Prävention besser als bisher durch Ausnahme der Bagatellfälle einerseits, regelmäßige Untersuchungen, deren Vornahme etwa mit gewissen finanziellen Vorteilen verknüpft sein kann, andererseits verbinden lassen, sei hier dahingestellt. Die Bedeutung der Krankenscheingebühr - wenn sie nicht eine prohibitive Höhe erreicht - bei der Verschleppung von Krankheiten wird wohl kaum größer sein als die anderer Faktoren, wie falsche Diagnose, Nachlässigkeit der Versicherten u.a.m.

2. Bevor nun einige Fragen der Durchführung der Ausnahme von Bagatellfällen erörtert werden, sei noch die Zusammenstellung von Argumenten zu dieser Frage bei Durand gebracht⁵⁾; er führt folgende Schwierigkeiten an:

1) "Neuordnung der sozialen Leistungen", a.a.O. -

2) "Krankenkassentag", Vortrag von Hartmann, S. 10, a.a.O. -

3) "Zum Problem der Realisierbarkeit...", a.a.O., S. 56. -

4) Oeter, "Soziale Krankenversicherung am Scheidewege", a.a.O.

5) Durand, "La politique contemporaine de la sécurité sociale", a.a.O., S. 182 bis 184.

- 1) solche, die sich aus der geltenden Rechtsordnung ergeben, insbesondere im Zusammenhang mit der Karenzzeit bei Barleistungen; so enthalten die Konventionen Nr. 24 und 25 der internationalen Arbeitskonferenz von 1927 den Hinweis auf eine Karenzfrist von höchstens drei Tagen, ebenso die Konvention von 1952 über die Mindestnormen der sozialen Sicherheit.
 - 2) Psychologische Hemmnisse bestehen darin, daß das "petit risque" den Versicherten am häufigsten trifft, es daher schwierig ist, von ihm Zahlung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu verlangen und ihm gleichzeitig bei Eintritt des Schadens die Leistungen zu verweigern.
 - 3) Im französischen System der Rückerstattung taucht die Frage auf, ob man so weit gehen solle, selbst die Entschädigung ärztlicher und pharmazeutischer Kosten zu unterdrücken. Dies wäre - wenn man die Kürze der Zeit als Kriterium nimmt - unangebracht, da in vielen Fällen trotz kurzer Behandlung erhebliche Kosten entstehen: "notamment celles d'ordre chirurgical, qui sont susceptibles d'être guéries dans ce délai, mais qui exposent l'assuré à des frais importants...". In den anderen Fällen kann aber eine Ausnahme der kleinen Fälle täuschend oder gefährlich sein: wenn nämlich im ersten Fall der Versicherte die Wiederaufnahme der Arbeit hinauszögert, bis er Leistungen von der Kasse erhält, im anderen Fall, wenn hierdurch eine Aufnahme der Behandlung verhindert wird. Eine rasche Diagnose sei der beste Garant, um eine Ausbreitung oder Verschleppung von Krankheiten zu verhindern.
3. Die Durchführung der Ausnahme der Bagatellfälle ist mit der Art der Leistungsgewährung verknüpft. Ist es zunächst schon strittig, wie der Bagatellfall zu definieren sei - in der Regel durch einen bestimmten Kostenbetrag als, wie die Ausführungen Durands zeigten, manchmal unzulängliches Ersatzkriterium auch die Dauer der Behandlung -, so ergibt sich für die Durchführung die Frage, wie denn die Tatsache des Bagatellfalls ermittelt werden könne: ob ein solcher vorliegt, ist ja stets nur "ex post", d.h. nach Ablauf einer gewissen Behandlungsdauer festzustellen.

a) Die einfachsten Möglichkeiten sind:

aa) Die nachträgliche Einhebung eines Kostenanteils, der in seiner Höhe entweder absolut begrenzt ist oder sich nur auf die Kosten während einer bestimmten Krankheitsdauer erstreckt. Ebenso kann man die anfänglichen Kosten dem Versicherten völlig aufladen, oder es lassen sich einzelne Leistungsarten herausgreifen.

bb) Beim Rückerstattungssystem laufen ebenfalls alle Kostenbelege über die Kasse, so daß bei einer periodischen Erstattung die Bagatellfälle auf gleiche Weise berücksichtigt werden können. Hier sei jedoch auf eine allgemeine Schwierigkeit der Abgrenzung aufmerksam gemacht, die entsteht, wenn erstens der Kranke aus ein und derselben Ursache des öfteren der Behandlung bedarf oder arbeitsunfähig wird, zweitens die Ärzte auf der Bewahrung des Berufsgeheimnisses bestehen, die Kassen also nicht über Art und Verlauf der Krankheit, sondern nur über die erbrachten Sachleistungen informiert werden, die aber nur ein mangelhaftes Kriterium der Entscheidung über Vorliegen eines Bagatellfalles sein können. Die Tatsache des Kostenanfalls genügt offensichtlich nicht hierzu, sondern der zugrundegelegte Tatbestand der Erkrankung muß bekannt sein.

cc) Die pauschale Belastung durch eine anfänglich erhobene Gebühr kann meist ^{eine} nur geringe Höhe nicht übersteigen, weil sie Rücksicht auf die anfallenden Kosten nehmen muß; theoretisch könnte man allerdings auch fordern, die Gebühr so hoch anzusetzen, daß erst bei einer bestimmten Kostenhöhe die Versicherten veranlaßt werden, sich einen Krankenschein zu holen, wenn nämlich die aktuellen Kosten die Gebühr übersteigen. Im Rückerstattungssystem ist eine solche Regelung unnötig, weil einfach für die ersten Rechnungen die Erstattung verweigert werden kann, im System der Naturalleistung führt dies zu Komplikationen, da der Arzt nicht weiß, ob er den Patienten privat oder auf

Kassenkosten behandeln soll: wird zunächst privat liquidiert, muß der Versicherte nachher die Rechnungen bei der Kasse einreichen, den die Gebühr übersteigenden Betrag erstattet bekommen; auch weichen Privat- und Kassenhonorare der Ärzte voneinander ab.

- b) Das Naturalleistungssystem macht das Kriterium der Kostenhöhe für Bagatellfälle dort ungeeignet, wo sich im Einzelfall die Kosten nicht ermitteln lassen, weil eine pauschale Bezahlung etwa der Ärzte erfolgt. (In Holland gibt es übrigens auch ein Apotheker- und ein Krankenhauspauschale: der Apotheker erhält für jeden Versicherten ein Fixum pro Jahr, sowie ein Fixum pro Rezept und die Kosten der Rohstoffe. Krankenhäuser mit einem sog. "all-in"-Tarif erhalten ein Jahrespauschale¹⁾.) Es bleibt also nur die Belastung durch eine Gebühr, die evtl. nachträglich erhoben werden könnte, wenn sich die Behandlung als kurzfristig herausstellt, aber wohl nur in einer erheblichen Höhe, oder die Beteiligung an einzelnen Kostenarten, die - wie in der Bundesrepublik - etwa Arzneien, in ihrem Einzelwert festgestellt werden können. Sollen - wie im Vier-Professoren-Gutachten²⁾ vorgeschlagen - etwa die in Bagatellfällen benötigten Arzneien, soweit sie nicht rezeptpflichtig sind, vom Versicherten selbst ohne Einschaltung des Arztes erworben werden, so entsteht wiederum die Frage, will man nicht generell zum Rückerstattungssystem greifen, wie sich eine Aufteilung der Leistungen in Direktbezahlung bei kleinen Fällen und Naturalleistung bei größeren Fällen bewerkstelligen läßt: wie soll der Apotheker erfahren, wann die Leistungsgrenze erreicht ist? Oder soll, mit zum Teil den gleichen Auswirkungen wie oben, der Versicherte die anfänglichen Rezepte bei der Kasse einreichen (quittiert), Überzahlungen erstattet erhalten, und dann etwa auf seinen Krankenschein einen Freivermerk o.ä.?

1) C.J. van Lienden, "Das niederländische Krankenkassenwesen", a.a.O.

2) "Neuordnung der sozialen Leistungen", a.a.O.

- c) Bei Barleistungen wird das zeitliche Kriterium der Karenzzeit in fast allen sozialen Krankenversicherungen angewendet. Der Betrag, der den Versicherten hier verloren geht, läßt sich von der Kasse ohne weiteres bestimmen, da die Zahlungsgrundlage meist ein Kalender- (Werk-) Tag ist.

=====

VI. Schlußbetrachtungen

A. Die vorangehenden Kapitel versuchten, die wichtigsten Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstbeteiligung wie auch einige Beziehungen im System der sozialen Krankenversicherung aufzuzeigen, die bei einer Entscheidung über die Selbstbeteiligung eventuell zu beachten sind. Damit ist aber zu den Fragen, die sich mit der Sozialreform, d.h. in unserem Falle mit der Frage der Einführung einer "quantitativen" Selbstbeteiligung in mehr oder minder gemäßigter Form befaßte Kreise stellen, nur eine Vorarbeit geleistet, die vielleicht nicht in jeder Hinsicht zu befriedigen scheint. Während bestimmte Aussagen mit absoluter Sicherheit gemacht werden können, wie, daß die Selbstbeteiligung ceteris paribus eine zusätzliche Belastung der Versicherten bedeutet etc., ist dies bezüglich der meisten zur Diskussion stehenden Zusammenhänge nicht so ohne weiteres möglich; zwar wurde versucht, einige Fragen an Hand von Erfahrungen der Vergangenheit oder anderer Länder zu klären (z.B. Wirkungen einer Kostenbeteiligung auf die Inanspruchnahme der Leistungen, Brauchbarkeit des Systems der festen Beträge, das Verhältnis Versicherter-Arzt im Rückerstattungssystem u.a.m.); in anderen Fällen wurde versucht, wenigstens den Typus der Erscheinung klarzustellen, um im Vergleich mit der Wirkung einer analogen Einrichtung auf anderen Gebieten eventuell Schlüsse auch auf die Wirkung einer Selbstbeteiligung zu ziehen (z.B. die Tatsache, daß eine prozentuale Kostenbeteiligung den Versicherten in eine ähnliche Lage bringt wie den Nachfrager die Forderung von bestimmten Preisen für diese oder jene Ware (Äquivalenzprinzip), so daß von den meisten Sozialplanern mit einer solchen Kostenbeteiligung ein Rückgang der Inanspruchnahme angenommen wird, obwohl auch das Gegenteil der Fall sein kann). Diese Aussagen haben jedoch für eine zukünftige Selbstbeteiligung nur hypothetischen Wert: nur wenn die Voraussetzungen gleich sind, unter denen etwa die Reaktion der Versicherten auf die Kostenbeteiligung stattfindet, stimmen die woanders

beobachteten oder theoretisch behaupteten Folgen.

B. Der hypothetische Charakter der in der deutschen Diskussion in der Regel vorgebrachten Argumente kommt auch in dem unbefriedigenden Ergebnis zum Ausdruck, wie es etwa in einer Zusammenfassung der VOV¹⁾ von Diskussionsbeiträgen zur Selbstbeteiligung aus verschiedenen Zeitschriften in der Einleitung des Herausgebers ausgedrückt wird:

"Die Anhänger und Gegner der Selbstbeteiligung haben eine Fülle von Argumenten entwickelt, die sich im weitesten Umfang gegeneinander aufheben". Die vorgebrachten Argumente werden an der gleichen Stelle wie folgt zusammengefaßt: "Die Selbstbeteiligung wird meist aus zwei Gründen gefordert. Der eine Grund liegt auf erzieherischem Gebiet: der Versicherte soll dadurch, daß er einen Teil der Arztkosten oder auch der Arzneien selbst zu zahlen hat, daran erinnert werden, daß Kranksein Geld kostet, das von allen Versicherten aufgebracht wird. Der zweite Grund ist finanzieller Art. Vor allem von ärztlicher Seite wird gehofft, daß eine spürbare Selbstbeteiligung zusätzliche Mittel erbringen würde, die es erlauben könnten, das von vielen Ärzten für unzureichend erklärte Arzthonorar zu erhöhen. Es gibt auch noch eine Version, die von einigen Ärzten vertreten wird..., daß eine direkte Bezahlung des Arztes - und sei es nur ein Teil der Arztkosten - zu einer Verbesserung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und dem versicherten Patienten beitragen würde. - ...

Die Gegner der Selbstbeteiligung sind sich im Grunde darüber einig, daß die Selbstbeteiligung zur Erzielung des gewünschten Effektes ein ungeeignetes Mittel ist; eine wirklich fühlbare Selbstbeteiligung verbiete die wirtschaftliche und soziale Lage der meisten Versicherten. Müßten aber zu viele Ausnahmen gemacht werden, dann würde sie weder erzieherisch wirken, noch zur wirtschaftlichen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung

1) "Selbstbeteiligung der Versicherten an den Arzt- und Arzneikosten", hrsg. von der "Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände" (VOV), a.a.O.

beitragen können. Wäre die Selbstbeteiligung aber so hoch angesetzt, daß sie für den einzelnen wirtschaftlich ins Gewicht falle, dann bestehe die ernste Gefahr, daß der Arzt in vielen Fällen zu spät aufgesucht wird, was einen Krankheitsverlauf zur Folge haben könne, der kostenmäßig den wirtschaftlichen Vorteil der Selbstbeteiligung bei weitem überwiegt." - Als Ausweg werden empirische Untersuchungen gefordert, so etwa auch von Hartmann in seinem Referat auf dem Krankenkassentag 1955 speziell zur Selbstbeteiligung¹⁾. Damit werden aber wohl nur in sehr beschränktem Umfang Fragen wie: ob die Selbstbeteiligung das Vertrauensverhältnis Ärzte-Patienten verbessern, das zwischen Versicherten und Kassen hingegen verschlechtern werde, welche Gefahren sich für ein rechtzeitiges Aufsuchen des Arztes ergeben etc. beantwortet werden können, ganz abgesehen von der Frage, ob sich die Durchführung von Untersuchungen über solche Spezialgebiete ohne erhebliche Erweiterung des Fragenkreises lohnt: das Gutachten des Vereins für sozialen Fortschritt²⁾ schlägt denn auch z.B. vor, daß der künftige Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen Repräsentativerhebungen über das Verhältnis Ärzte - krankenversicherte Patienten durchführen solle. Am besten erscheint bezüglich dieser Fragen, daß die Kostenbeteiligung in der vorgesehenen Form an einer möglichst repräsentativen Stelle probeweise angewendet wird, wie es auch für einige andere Fragen in verschiedenen Gutachten vorgeschlagen wird. Das ist natürlich nur sinnvoll, wenn der Plan der gesamten Veränderungen für die soziale Krankenversicherung und die Stelle der Selbstbeteiligung darin festliegen, um ein planloses Herumprobieren zu vermeiden. Vor allem aber sei auf die Versuche hingewiesen, die der Kostenbeteiligung zugeschriebenen Gefahren durch eine entsprechende Gestaltung zu verhüten: die Verhinderung der unerwünschten Reaktionen etwa der Versicherten, die durch diese Maßnahmen angestrebt wird, läßt sich doch zumindest mit der gleichen Wahrscheinlich-

1) Siehe unter "Krankenkassentag", a.a.O. -

2) "Bericht des Ausschusses zur Erörterung einiger grundsätzlicher Fragen...", a.a.O.

keit behaupten wie das Bestehen der Gefahren selbst. Im Anhang werden zwei solcher Pläne ausführlicher dargestellt werden.

- C. Die meisten sozialpolitischen Neuerungen, so auch die Kostenbeteiligung, stellen den Gesetzgeber vor Alternativen, d.h. die geplante Neuerung bringt gegenüber dem bisherigen Zustand Vor- und Nachteile mit sich. Die in der oben angeführten Argumentation gestellte Alternative ist - vom Standpunkt der Gegner - folgende: entweder eine Verbesserung der Kassenfinanz unter Inkaufnahme einer Gefährdung des gesundheitspolitischen Ziels der sozialen Krankenversicherung, o d e r umgekehrt, eine Bewahrung dieser Zielsetzung, womit aber das zusätzliche Aufkommen (und eventuell der erzieherische Wert) sich notwendigerweise in engen Grenzen halten müsse. Beide Parteien, Anhänger und Gegner der Selbstbeteiligung stimmen, wenn man es einmal so pauschal ausdrücken darf, bezüglich der gesundheitspolitischen Aufgabe der sozialen Krankenversicherung grundsätzlich überein; es scheint also, als ob die Entscheidung nur von der Feststellung der "sachlichen" Verhältnisse abhängt: d.h. man müsse nur feststellen, wie sich etwa die Versicherten verhalten werden, um dann die Entscheidung klar bei der Hand zu haben. Diese Betrachtungsweise ist jedoch zu eng: es steht ja nicht nur die Selbstbeteiligung an und für sich zur Debatte, sondern die Selbstbeteiligung als Mittel zur Behebung gewisser Mißstände in der Krankenversicherung: vor allem, um die finanzielle Bewegungsfreiheit der Kassen zu vergrößern. Die Fragestellung muß also die Vor- und Nachteile der anderen Alternativen ebenfalls betrachten und mit denen der Selbstbeteiligung vergleichen, wie auch die Folgen der unveränderten Beibehaltung des jetzigen Zustandes. Dann könnte sich vielleicht herausstellen, daß ein völliger Verzicht auf eine weitere Heranziehung der Versicherten, u.U. auch in Form einer Kostenbeteiligung, dazu zwingt, an anderen Stellen (Leistungsausbau, Qualität der gewährten Leistungen, um nur ein Beispiel zu nennen) erheblichere Nachteile in Kauf zu nehmen.

Darüber hinaus finden sich in der Diskussion noch weitergreifende Zielsetzungen bei der Gestaltung der Sozialversicherung und anderer Sicherheitseinrichtungen, die mit dem speziellen Zweck etwa der Krankenversicherung nur noch wenig zu tun haben, das sog. gesellschaftspolitische Wollen der betreffenden Personen und Kreise, das aus hier nicht weiter zu verfolgenden Gründen zu mehr oder weniger absoluter Ablehnung oder Bejahung der Kostenbeteiligung führt, ganz gleich, wie die Sachlage bezüglich der oben genannten Fragen ist.

D. Anhang: Zwei detaillierter ausgearbeitete Vorschläge zu einer beschränkten Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung der Bundesrepublik.

- a) Der "Bericht des Ausschusses zur Erörterung einiger grundsätzlicher Fragen einer Reform der sozialen Krankenversicherung", eingesetzt von der "Gesellschaft für sozialen Fortschritt" e.V., Bonn 1953¹⁾.
- b) Vorschläge, die Dr. F.Oeter in dem unten zitierten Artikel "Die soziale Krankenversicherung Deutschlands am Scheidewege" 1950 gemacht hat²⁾.

Zu a):

Das Gutachten konstatiert eine erhebliche Steigerung der Behandlungsfälle (vor allem der sog. "leichten" Fälle im Gegensatz zur Entwicklung bei Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfällen) und der Arzneikosten für den Zeitraum 1938 bis 1952, und kommt nach einer eingehenden Analyse der wahrscheinlichen Gründe dieser Kostensteigerung zu dem Schluß, "...daß ein jedenfalls nicht geringer Teil der geforderten und gewährten Leistungen über das notwendige Maß (im Sinne des § 182 RVO) hinausgeht. Daher sollten nach übereinstimmender Auffassung des Ausschusses Hemmnisse für die übermäßige Inanspruchnahme und Gewährung von Versicherungsleistungen geschaffen werden". Als mögliche Maßnahmen werden erörtert:

1) a.a.O. -

2) Bundesarbeitsblatt 1950, S. 185.

1. Erhebung einer Krankenscheingeбühr
2. Beteiligung an den Arzneikosten
 - a) durch Erhebung einer Rezeptgeбühr
 - b) durch prozentuale Beteiligung der Versicherten an den Arzneikosten
3. Einwirkung auf die pharmazeutische Industrie
4. Einföhrung eines Prämiensystems
5. Schaffung eines besseren Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten, Versicherten und Kassen
 - a) Verhältnis von Arzt und Patient
 - b) Einfluß des Honorarsystems
 - c) Aufklärung der Versicherten
 - d) Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen

In unserem Zusammenhang interessieren vor allem die Ausführungen zu Punkt 1, 2 und 4.

Zu 1.:

"Der Ausschuß war der Auffassung, daß eine Krankenscheingeбühr nur dann die erstrebte hemmende Wirkung haben würde, wenn sie für die Versicherten eine erhebliche finanzielle Belastung darstellen würde. Um dies zu erreichen, müßte die Geбühr entsprechend dem Einkommen der Versicherten gestaffelt werden. Eine solche verhältnismäßig hohe Krankenscheingeбühr, deren Erhebung in verschiedener Höhe zudem eine Vermehrung der Verwaltungsarbeit mit sich bringen würde, könnte aber einer Früherkennung und Frühbehandlung auch von ernstesten Krankheiten entgegenwirken und dadurch gesundheitspolitisch bedenklich sein; sie würde auch wirtschaftlich für die Krankenkassen wahrscheinlich keine Entlastung bedeuten." Der Ausschuß erzielte in dieser Frage einen Kompromiß, indem er vorschlägt, wenn es möglich ist, durch Beteiligung an den Arzneikosten auf die Versicherten und damit indirekt auch auf die Ärzte hemmend einzuwirken.

Zu 2.:

"Die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten der Arznei ist nach Auffassung des Ausschusses für eine Ein-

schränkung unnötiger ärztlicher Behandlung ähnlich wirksam wie die Erhebung einer Krankenscheingebühr; sie vermeidet aber eine Gefährdung der Früherkennung von Krankheiten, da sie im allgemeinen nicht schon bei dem ersten Aufsuchen des Arztes hemmend wirkt. - Die Beteiligung der Versicherten an den Arzneikosten erschien dem Ausschuss auch deshalb besonders wichtig, weil bei vielen Versicherten - und auch bei den Nichtversicherten - ein "Arzneihunger" festzustellen ist, dem nachzugeben das Maß notwendiger Krankenbehandlung oft übersteigt und zudem häufig gesundheitsschädigend wirkt. Es ist daher auch vom Standpunkt der allgemeinen Gesundheitspflege notwendig, dem Übermaß des Arzneiverbrauchs entgegenzutreten.

- a) Nicht zu empfehlen ist nach Meinung des Ausschusses die Einführung einer Rezeptgebühr, zumal diese dazu verleiten kann, möglichst viele Medikamente auf einem Verordnungsblatt zu verschreiben.
- b) Dagegen hält der Ausschuss eine prozentuale Beteiligung der Versicherten an den Arzneikosten für ein geeignetes Mittel zur Einschränkung des Arzneiverbrauchs. Dadurch erhält der Versicherte eine Vorstellung von den Kosten der Arznei; er wird veranlaßt, mit dem Arzt ein Gespräch über Notwendigkeit und Ausmaß der Arzneiverordnung zu führen, und so werden auch Rückwirkungen auf die Verordnungsweise der Ärzte nicht ausbleiben. Die eingehende Aussprache über die prozentuale Beteiligung an den Arzneikosten führte dazu, daß die Ausschußmitglieder folgender Regelung zustimmten, wobei jedoch vorausgesetzt wurde, daß von der Einführung einer Krankenscheingebühr abgesehen wird:

Der Versicherte ist an den tatsächlichen Kosten der Arznei mit einem bestimmten, nicht zu geringen Prozentsatz zu beteiligen. Dieser Prozentsatz wird abgestuft nach dem Grundlohn der Versicherten und ihrem Familienstand. Der danach für den einzelnen Versicherten maßgebende Prozentsatz seiner Beteiligung ist auf dem Krankenschein zu vermerken und von dem Arzt auf dem Rezept

anzugeben, damit der Apotheker den vom Versicherten selbst zu zahlenden Betrag sogleich errechnen kann. Eine prozentuale Beteiligung findet bei bestimmten Medikamenten, die erfahrungsgemäß bei ernsten Erkrankungen längere Zeit gebraucht werden, nicht statt (insbesondere Medikamente außerhalb des Regelbetrags). Eine Beteiligung an den Arzneikosten unterbleibt ferner bei bestimmten Gruppen von Versicherten, die jedoch nicht zu weit gefaßt werden dürfen, da andernfalls der Erfolg der Beteiligung an den Arzneikosten, dem ungerechtfertigten Arzneihunger entgegenzuwirken, nicht erreicht werden würde. Demgemäß sind von der Arzneikostenbeteiligung zu befreien die Arbeitslosen und Empfänger von Fürsorgeunterstützung; bei Rentnern, deren Arzneiverbrauch besonders hoch ist, kann nach Auffassung des Ausschusses eine Beteiligung an den Arzneikosten nur in Betracht gezogen werden, wenn ein Weg gefunden wird, den dadurch von den Krankenkassen ersparten Betrag den Rentnern in anderer Weise wieder zuzuführen; am sinnvollsten wäre es, eine Arzneikostenbeteiligung mit einer Erhöhung der Renten zu verbinden. - Der Ausschuß lehnte es ab, weitere Unterscheidungen hinsichtlich der Höhe der Beteiligung vorzusehen. Insbesondere soll bei Selbst- und Weiterversicherten keine stärkere Kostenbeteiligung als bei Pflichtversicherten eingeführt werden. Die Verschiedenheit der Rechtsform der Versicherung soll sich nicht auf die Leistungen, sondern allenfalls auf die Höhe der Beiträge der freiwillig Versicherten auswirken."

Zu 4.:

"Weiter wurde der Vorschlag besprochen, solchen Versicherten, die längere Zeit die Krankenversicherung nicht in Anspruch genommen haben, eine Prämie zu zahlen. Hierbei wurden auch Erfahrungen anderer Länder berücksichtigt. Das Internationale Arbeitsamt hat sich dahingehend geäußert, daß eine Krankenversicherung gegen die Grundsätze der gemeinsamen Verantwortung und der Teilung des Risikos verstoße", wenn sie auf Prämienrückgewähr aufgebaut sei;

denn die von den gesunden Versicherten ganz oder teilweise aufgebrachten Beiträge sind für die Versorgung der kranken Versicherten erforderlich und sind demgemäß mit eingerechnet". Da eine solche Prämiengewährung außerdem zur Folge haben kann, daß ernstlich Kranke den Arzt nicht rechtzeitig aufsuchen, hielt es der Ausschuß nicht für angebracht, die allgemeine Einführung eines Prämienystems zu empfehlen. Im Hinblick auf die günstigen Erfahrungen, die in der privaten Krankenversicherung mit der Prämienrückgewähr gemacht worden sind, könnte nach Ansicht des Ausschusses die Erprobung eines solchen Prämienystems allenfalls bei einzelnen Kassen auf Grund einer gesetzlichen Ermächtigung erwogen werden. Dabei brauchte als "Prämie" nicht in erster Linie eine Beitragserstattung, sondern die Gewährung anderer Vorteile (z.B. erhöhte Mehrleistungen) in Aussicht genommen werden". -

Zu b):

Nach Meinung von Dr.Oeter ist das Nachlassen der finanziellen Leistungskraft der Krankenkassen "sicherlich dadurch mitverursacht, daß ein großer Teil der Patienten die Einrichtungen und Leistungen der Versicherungsträger mehr und mehr ausschließlich unter dem Gesichtspunkt des persönlichen Nutzens betrachtet und jede Gelegenheit wahrnimmt, einen möglichst großen Teil dessen, was er in Gestalt von Beiträgen einzahlen muß, wieder aus der Kasse herauszuholen", "... daß ein kleiner Prozentsatz von besten-falls 10 bis 20% der Versicherten auf Kosten der übrigen 80 bis 90% die Kassenmittel in der unglaublichsten Weise dezimiert und ausbeutet". Diese Erscheinung zeige sich vor allem im Bereich der kurzfristigen Erkrankungen, bei denen "sich nämlich in besonders starkem Maße das Allgemeininteresse an einem möglichst guten Gesundheits- und Leistungsstand mit einem Individualinteresse an einem möglichst großen ökonomischen Nutzen des einzelnen" verbinde. Einerseits hänge bei vielen solcher Erkrankungen das Verhalten gegenüber der Krankenversicherung von der subjektiven Einstellung der Versicherten ab, andererseits seien der Kontrolle durch Überwachung der ärztlichen Tätigkeit seitens der Kassen Grenzen gesetzt, weil es keinen objektiven Maßstab für

Diagnose, Leistungsbemessung und ärztliche Tätigkeit gebe. Die Versicherungsbedingungen müßten daher so umgestaltet werden, daß ein materieller Anreiz für eine selbständige Überwindung der Schwierigkeiten bestehe, "daß Nachlässigkeit und Unachtsamkeit Kosten verursachen, die durch Aufmerksamkeit und aktive Mitarbeit erspart werden können". Daher wird von Oeter folgender Plan unterbreitet:

- 1) Man beseitige die Krankenscheingebühr, die dem Krankenschein nicht im geringsten die Eigenschaft nimmt, einen Blankoausweis für sämtliche - und seien es auch die unsinnigsten und übertriebensten - Forderungen des Patienten gegenüber dem Arzt zu bilden. Man beschränke jedoch die Gültigkeit des Krankenscheins auf eine Erstuntersuchung in jedem Vierteljahr und auf die langandauernden Erkrankungen.
- 2) An den Kosten der ersten zehn Besuche und Beratungen (mit Ausnahme der ersten) beteilige man den Patienten in Höhe von 25% der Mindestsätze der Gebührenordnung (z.Zt. - d.h. 1950 - Beratung DM 1.-, Beratung außerhalb der Sprechstunde DM 2.-, sofort verlangter Besuch DM 4.-, Nachtbesuch DM 6.-). Dieser Kostenanteil ist in Gestalt von Gebührenmarken zu entrichten, die später der Arzt seiner Abrechnung zugrundelegt (Fußnote Oeter's: Die Entrichtung in Form von Gebührenmarken ist möglicherweise zu umständlich. Es sei daher auf die schweizerische Krankenversicherung verwiesen, die ein brauchbares System der Einziehung der Selbstbeteiligung durch die Kassen entwickelt hat.) Versäumt der Patient die rechtzeitige Ablieferung der Gebührenmarken (Frist spätestens 3 Tage nach der Leistung), so erfolgt die Einziehung der Gebühren auf Grund einer Meldung an die Kasse durch diese (gegebenenfalls erst gelegentlich der nächsten Beitragszahlung). Diese Einziehung ist gebührenpflichtig. Eine Erhöhung der Gebühren bei wiederholter Saumigkeit dürfte in kürzester Frist zu allgemein korrektem Verhalten führen. Die gleiche Korrektheit dürfte auch bald das Verhalten dem Arzt gegenüber auszeichnen, wodurch ein Großteil der jetzigen Überlastung der Ärzte, die ja

auch nur zum Nachteil der wirklich Kranken ist, schwinden würde.

- 3) Der Anteil der Patienten an den Kosten für Arzneien und andere kleine Hilfsmittel sollte auf 40 bis 50% heraufgesetzt werden. Bei längerer Krankheitsdauer im oben erwähnten Sinne sowie bei allen Arzneianwendungen gegen Seuchen und andere bösartige Erkrankungen sollte, wie das auch jetzt bereits der Fall ist, von jeder Selbstbeteiligung Abstand genommen werden.
- 4) An Hilfsmitteln technischer Art sollten grundsätzlich nur preisgünstige Standardmittel gewährt werden, wie das im neuen staatlichen Gesundheitsdienst in England der Fall ist, wo grundsätzlich eine Zuzahlung ausgeschlossen ist. Entweder der Patient nimmt das billige Standardmittel oder aber er zahlt alles selbst.
- 5) Die Karenzzeit sollte nach Möglichkeit verlängert werden, weil gerade bei der kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit so unzählig viele Kleinstbetrugsfälle vorkommen, die in ihrer Gesamtheit zu einer weit größeren ungerechtfertigten Belastung führen, als etwaige Überschreitung der unbedingt notwendigen Arbeitsunfähigkeit bei langfristig erkrankten Personen. Bei Nachweis der Bedürftigkeit sollte jedoch Krankengeld weiterhin vom vierten Tage ab gezahlt werden, wobei anzustreben wäre, daß die Gemeinde, die die Bedürftigkeit bescheinigt, einen Teil der dadurch entstehenden Kosten übernehmen muß, weil nur auf diese Weise ein gewissenhaftes Vorgehen erreicht werden kann.

Die vorstehenden Vorschläge stellen Mindestforderungen dar, ohne die es schlechterdings nicht möglich erscheint, die so außerordentlich ungünstigen psychologischen Bedingungen, wie sie heute die ganze soziale Krankenversicherung vergiften, entscheidend zu bessern. Mit den Vorschlägen sind keinerlei unbillige Härten verbunden. Wo, wie bei kinderreichen Familien, eine größere Belastung zu befürchten ist, sollte sich eine Möglichkeit finden, den

Ausgleich auf einem anderen Wege zu erreichen, der weniger zu ungerechtfertigten Anforderungen Anreiz bietet, und zwar am besten in Form einer festen Dotierung, die der Familie auch im Nichterkrankungsfalle zur Verfügung steht.

(Dieser Oeter'sche Plan, mit dem wir uns keinesfalls identifizieren, wurde nur deshalb hier gebracht, weil er einer der wenigen detaillierten Pläne ist, die eine Selbstbeteiligung unter Beibehaltung des Naturalleistungssystems erstreben und zudem einige sonst nicht zu findende Vorschläge darin enthalten sind.)

=====

Lebenslauf

Als Sohn des staatlichen Baurats Kurt Senff und seiner Ehefrau Margarethe, geb. Bock, wurde ich am 2. Januar 1929 in Münster/Westfalen geboren.

Seit Ostern 1939 besuchte ich das humanistische Gymnasium Augustum in Görlitz/Schlesien, später das Lessing-Gymnasium in Frankfurt (Main), an dem ich im Herbst 1947 meine Reifeprüfung ablegte. Von 1947 bis 1950 war ich als Lehrling bzw. Angestellter bei der Frankfurter Schuhfabrik J. & C.A. Schneider G.m.b.H. tätig. Nach 8-semesterigem Studium der Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Frankfurt (Main) und Bonn/Rh. bestand ich die Diplomprüfung für Volkswirte in Frankfurt (Main).

Herrn Professor Dr. Achinger, der diese Arbeit angeregt und durch seinen freundlichen Rat gefördert hat, spreche ich meinen besonderen Dank aus. Die Arbeit wurde im Sommer 1956 abgeschlossen.

